DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU PATHOLOGIQUE

# *Évaluation du réseau intégré de services en désintoxication (RISD)*

## Projet pilote de collaboration entre le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et Domrémy MCQ

Karine Bertrand, Ph.D.
Psychologue chercheure, Domrémy MCQ

Jean-Marc Ménard, M.A.
Coordonnateur des services professionnels, Domrémy MCQ

Trois-Rivières

2 mai 2005

## Table des matières

1. Faits saillants ..... page 1

2. Mise en contexte ..... page 6

3. Description du RISD ..... page 7

4. Le RISD : bilan d'implantation et analyse des premiers impacts ..... page 10

4.1 Une analyse descriptive de la trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers rencontrés dans le cadre du RISD ..... page 10
4.1.1 Méthodologie ..... page 10
4.1.1.1 Objectifs ..... page 10
4.1.1.2 Échantillon ..... page 11
4.1.1.3 Collecte de données ..... page 11
4.1.1.4 Analyses ..... page 11
4.1.2 Résultats ..... page 12
4.1.2.1 Les visites réalisées par les infirmières-liaison de Domrémy MCQ ..... page 12
4.1.2.2 Le profil des usagers rencontrés ..... page 15
4.1.2.3 La trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers rencontrés en CH ..... page 18
4.1.2.4 Les impacts du RISD sur les services avec hébergement de Domrémy MCQ ..... page 20
4.1.3 Synthèse du premier axe d'évaluation : les données quantitatives ..... page 25

4.2 Le point de vue des intervenants et coordonnateurs impliqués dans le RISD ..... page 26
4.2.1 Méthodologie ..... page 26
4.2.1.1 Objectifs ..... page 26
4.2.1.2 Participants et collecte de données ..... page 26
4.2.1.3 Analyses ..... page 27
4.2.2 Résultats ..... page 27
4.2.2.1 Les défis rencontrés lors de l'implantation du RISD et les solutions trouvées ..... page 27
4.2.2.2 Les retombées positives du RISD ..... page 29
4.2.2.3 Les aspects contribuant aux retombées positives du RISD ..... page 31
4.2.2.4 Les retombées négatives du RISD ..... page 32
4.2.2.5 Suggestions pour améliorer le RISD et les services offerts ..... page 33
4.2.3 Synthèse du deuxième axe d'évaluation : le point de vue des coordonnateurs et intervenants ..... page 35

4.3 Le point de vue des usagers rencontrés dans le cadre du RISD page 36
4.3.1 Méthodologie page 36
4.3.1.1 Objectifs page 36
4.3.1.2 Participants page 37
4.3.1.3 Collecte de données page 38
4.3.1.4 Analyses page 38
4.3.1.5 Considérations éthiques page 38
4.3.2 Résultats page 39
4.3.2.1 Les déclencheurs ayant mené à l'épisode de soins au CHRTR page 39
4.3.2.2 Les aspects des services ayant été appréciés et considérés aidant page 39
4.3.2.3 Les aspects insatisfaisants des services et les obstacles rencontrés page 43
4.3.2.4 Impact du RISD sur la démarche de réadaptation page 44
4.3.2.5 Les suggestions des participants pour améliorer les services page 46
4.3.3 Synthèse du troisième axe d'évaluation : le point de vue des usagers page 47

5. Bilan et discussion des résultats page 48

6. Les recommandations page 51

7. Références page 53

Annexe 1 – Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ- mai 2004
Annexe 2 – Journal de bord des infirmières-liaison de Domrémy MCQ
Annexe 3 – Liste des participants aux « focus groups » du CHRTR et de Domrémy MCQ
Annexe 4 – Grille d'entrevue pour les « focus groups » réalisés avec les intervenants et coordonnateurs de Domrémy MCQ et du CHRTR
Annexe 5 – Grille d'entrevue pour les usagers ayant bénéficié de services dans le cadre du RISD

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1 – Distribution des usagers visités selon leur sexe et leur groupe d'âge ..... page 15

Figure 1 – Réseau intégré de services en désintoxication ..... page 8
Figure 2 – Analyse comparative des demandes de services à Domrémy MCQ suite à une référence du CHRTR avant et après l'implantation du RISD ..... page 12
Figure 3 – Répartition des visites selon le nombre d'usagers rencontrés ..... page 13
Figure 4 – Distribution des usagers selon le nombre total de visites reçues en CH par l'infirmière-liaison de Domrémy ..... page 14
Figure 5 – Distribution des usagers selon le nombre d'épisodes de soins différents durant lesquels ils ont été visités par l'infirmière-liaison ..... page 14
Figure 6 – Distribution des visites selon le lieu de rencontre avec l'usager ..... page 15
Figure 7 – Motifs de présence en CH ..... page 16
Figure 8 – Problèmes de consommation dépistés ..... page 16
Figure 9 – Classification des usagers à partir des critères de l'ASAM (NiD-Em adapté) selon le lieu où ils sont vus ..... page 17
Figure 10 – Gravité comparative des problèmes à l'IGT des usagers en traitement selon qu'ils ont fait l'objet ou non d'une visite en CH ..... page 18
Figure 11 – Trajectoires d'utilisation des services de Domrémy MCQ par les usagers rencontrés au CHRTR ..... page 20
Figure 12 – Admissions annuelles en hébergement à Domrémy MCQ, durée moyenne de séjour & taux d'occupation ..... page 22
Figure 13 – Comparaison des indicateurs d'accès aux services avec hébergement au premier trimestre des années 2003, 2004 et 2005 ..... page 22
Figure 14 – Distribution des usagers admis en fonction du nombre de stages réalisés au cours de la même année ..... page 23
Figure 15 – Classification des usagers en hébergement selon les critères de l'ASAM ..... page 24
Figure 16 – Types de fin de stage ..... page 24
Figure 17 – Proportion de retour dans les services externes suite au stage ..... page 25
Figure 18 – Trajectoires de services des participants à l'évaluation du RISD ..... page 37
Figure 19 – Trajectoires de services des 50 personnes sollicitées pour participer à l'évaluation du RISD ..... page 38

# 1. FAITS SAILLANTS

✓ **Le *Réseau intégré de services en désintoxication* (RISD) vise à :**

- améliorer le dépistage des problèmes de consommation chez les usagers présents en centre hospitalier;
- profiter de façon optimale de la fenêtre d'opportunité créée par la crise associée à la présence des usagers en CH pour les engager ou ré-engager dans une démarche de changement en regard de leur consommation problématique;
- fournir aux usagers une priorité et rapidité d'accès aux niveaux de soins sécuritaires requis en fonction d'une grille d'évaluation standardisée.

✓ Le **RISD** se traduit essentiellement par un **arrimage étroit entre les services de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie-jeu pathologique et les services pré-hospitaliers et hospitaliers du CHRTR**. Cet arrimage s'incarne principalement par la présence quotidienne d'une infirmière-liaison de Domrémy MCQ au CHRTR où elle peut rencontrer des usagers, à l'urgence ou hospitalisés, qui présentent une problématique en lien avec les dépendances.

✓ **La présente évaluation couvre trois grands axes :**

- Une **analyse descriptive de la trajectoire d'utilisation des services** en toxicomanie par les usagers rencontrés dans le cadre du RISD;
- une **analyse qualitative du point de vue des intervenants et coordonnateurs du CHRTR et de Domrémy MCQ** quant au RISD;
- une **analyse qualitative du point de vue des usagers** rencontrés au CHRTR dans le cadre du RISD quant à leur perception des services reçus et de l'impact de ceux-ci sur leur cheminement.

✓ **La synthèse du premier axe d'évaluation portant sur les trajectoires d'utilisation de services** (données quantitatives) **révèle les points suivants** :

- Depuis la mise en place du RISD, Domrémy enregistre **5 fois plus de références** en provenance du CHRTR.
- Une problématique en lien avec l'alcool est présente chez les trois quarts des usagers rencontrés par l'infirmière-liaison au CHRTR alors que la consommation problématique de drogues est présente chez la moitié d'entre eux.
- La présence en CH des usagers visités est associée pour la majorité à une symptomatologie en lien avec un **problème de santé mentale**. Le profil de ces

usagers se distingue de la moyenne des usagers qui fréquentent les services de Domrémy par une **gravité de problèmes significativement supérieure** au plan médical, psychologique et de l'emploi.

- Près de la moitié des usagers visités ont déjà eu recours aux services de Domrémy, dont 17% sont en cours de traitement au moment de la visite. Suite à cette visite, 80% des usagers formulent une demande d'aide officielle auprès de Domrémy. Une fois cette demande verbalisée, près de la moitié des usagers complète une démarche significative à Domrémy pour leur problème de consommation alors que le tiers complète une démarche partielle. À noter que le tiers des usagers ont recours aux services avec hébergement alors que les autres s'inscrivent dans les services ambulatoires de Domrémy.

- Au niveau de l'impact du RISD sur les services avec hébergement de Domrémy :
  - Nous notons une augmentation de 20% du nombre d'admissions durant la première année de l'implantation du RISD (2003-2004), puis une stabilisation au cours de la dernière année (2004-2005).
  - En conformité aux recommandations de mai 2004 pour adapter l'offre des services avec hébergement aux principes du RISD, nous observons un accroissement des usagers requérant spécifiquement ce niveau d'encadrement selon les critères de l'ASAM (type 3) en comparaison à l'année précédente. Nous constatons aussi une augmentation de la durée de séjour moyenne, une légère baisse des départs prématurés et un accroissement du nombre d'usagers qui poursuivent leur démarche, au-delà de leur stabilisation, dans les services externes de réadaptation de Domrémy.

- L'ensemble de ces premiers constats nous laisse croire que le RISD a un impact positif réel sur l'accessibilité et la continuité des services pour la clientèle en CH qui présente des problèmes de consommation.

✓ **La synthèse du deuxième axe d'évaluation, soit l'analyse du point de vue des coordonnateurs et cliniciens, révèle les constats suivants:**

- Le personnel de Domrémy et du CHRTR dresse un bilan positif concernant les retombées du RISD.

- Depuis la mise en place du RISD, ils perçoivent :
  - une utilisation plus efficiente des ressources en optimisant l'utilisation des places en hébergement à Domrémy et en diminuant le temps d'hospitalisation et la récurrence des hospitalisations pour les usagers présentant des problèmes de consommation.
  - un meilleur dépistage des problèmes de consommation chez la clientèle du CHRTR ainsi qu'un meilleur accès aux services de réadaptation en toxicomanie, un plus grand engagement de la clientèle dans leur processus de réadaptation et une meilleure réponse à leurs besoins.

- l'actualisation d'un réel continuum de services intégrés inter-établissements, dans une perspective de hiérarchisation des soins.
- le développement d'une confiance mutuelle entre le personnel des deux établissements et l'ouverture de Domrémy à accueillir une clientèle présentant des problématiques plus lourdes et plus complexes.
- Le développement d'un sentiment de compétence chez les intervenants de Domrémy et du CHRTR qui se sentent plus efficaces, plus crédibles, mieux outillés, mieux soutenus et moins isolés.

- L'ensemble de ces retombées positives est attribué à l'expertise des infirmières-liaison de Domrémy et à leurs présences soutenues auprès des usagers en CH et du personnel du CHRTR, ainsi qu'à la qualité de la collaboration et de la confiance établie entre Domrémy et le CHRTR.

- Au plan des retombées négatives, elles sont principalement nommées par le personnel de Domrémy :
  - Ils perçoivent une diminution de la rapidité d'accès aux services de réadaptation en toxicomanie pour les usagers moins détériorés.
  - Ils craignent un désengagement ou une absence d'engagement des services en santé mentale auprès de la clientèle momentanément prise en charge par Domrémy pour ses problèmes de consommation dans le cadre du RISD.
  - Ils ont le sentiment de faire un travail moins valorisant auprès d'une clientèle plus complexe qui présente des améliorations moins marquées.

- Au plan des améliorations souhaitées par les intervenants de Domrémy et du CHRTR, on note :
  - le développement de compétences en matière de troubles concomitants toxicomanie – troubles mentaux.
  - L'élargissement du partenariat, hors des sentiers du RISD, pour travailler de façon intégrée et continue auprès des usagers présentant des troubles concomitants.
  - une amélioration de la concertation intra et inter-établissement pour assurer une plus grande continuité et cohérence au niveau des interventions.
  - La généralisation des pratiques de dépistage en matière de toxicomanie à l'ensemble des départements du CHRTR.

✓ **La synthèse du troisième axe d'évaluation, portant sur le point de vue des usagers permet d'éclairer différents constats :**

- Les usagers se présentent au CHRTR dans un contexte de détresse psychologique élevée, liée à des événements de vie difficiles.

- la rencontre avec l'infirmière-liaison se déroule à un moment-clé, favorisant chez la personne une prise de conscience des conséquences négatives reliées à sa consommation et une mobilisation de sa part pour entreprendre ou poursuivre une démarche de changement à l'égard de sa consommation.

- Globalement, les participants se disent très satisfaits de la rencontre avec l'infirmière-liaison de Domrémy. Ils ont apprécié les qualités relationnelles de celle-ci et ils considèrent que cette visite leur a facilité un accès rapide à une ressource en toxicomanie adaptée à leurs besoins.

- Quelques-uns mentionnent que cette visite survient trop tôt suite à leur arrivée à l'urgence, alors qu'ils sont encore sous l'effet de médicaments et ne peuvent pleinement profiter de cette rencontre.

- Pour les usagers qui n'étaient pas connus de Domrémy, il semble que la visite de l'infirmière-liaison de Domrémy ait été un point tournant les ayant mené à entamer et poursuivre (avec ou sans service) une démarche pour modifier ou arrêter leur consommation de substances; pour ceux-ci, il apparaît que cette rencontre a facilité une démarche de changement plus tôt dans leur trajectoire, avant que leurs problèmes de consommation et les conséquences associées ne s'aggravent davantage.

- Parmi les usagers déjà connus de Domrémy au moment de la rencontre avec l'infirmière-liaison, il semble qu'une grande proportion d'entre eux vivent des problèmes de santé mentale concomitants à leurs problèmes de substances, typiquement associés à une chronicité des difficultés; le RISD leur a permis d'assurer une continuité entre les différents épisodes de soins, notamment en les aidant à reprendre contact avec leur intervenant en toxicomanie et à poursuivre leur démarche de changement suite à une rechute.

- Parmi les suggestions d'amélioration du RISD formulées par les participants, bien que peu nombreuses et très diversifiées, on note une certaine tendance vers la perception que des services en toxicomanie devraient être développés au sein du CHRTR, notamment en psychiatrie.

✓ **L'évaluation du RISD comporte certaines limites** dont il faut tenir compte en vue de nuancer les résultats obtenus

- les données disponibles ne permettent pas de documenter de façon précise l'effet réel du RISD sur les durées de séjours en centre hospitalier et les taux de ré-hospitalisation;

- les données concernant l'utilisation de services en toxicomanie, autres que ceux offerts par Domrémy, ne sont pas disponibles, de mêmes que celles provenant des patients rencontrés par l'infirmière-liaison mais qui ont refusé l'offre de services de Domrémy;

- les usagers interviewés ayant exprimé leur point de vue ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des usagers rencontrés au CHRTR et

tendent possiblement à être davantage satisfaits des services reçus puisqu'ils ont accepté de collaborer à ce projet d'évaluation.

- ✓ **La convergence des résultats permet de conclure que le RISD favorise une meilleure qualité, continuité et accessibilité des services** en toxicomanie à la clientèle du CHRTR.

- ✓ **L'alourdissement de la clientèle de Domrémy**, qui se traduit essentiellement par une forte prévalence de problèmes psychologiques concomitants est également documenté par cette évaluation.

- ✓ **En fonction des résultats obtenus, il est recommandé de :**

1. Généraliser le modèle du RISD à l'ensemble des CSSS de la région offrant des services hospitaliers.

2. Systématiser le dépistage des problèmes de consommation dans l'ensemble des départements des centres hospitaliers participants ainsi que les modalités d'intervention motivationnelle auprès de la clientèle dépistée.

3. Favoriser l'implication concertée des services en santé mentale de la région dans le RISD en vue d'offrir un continuum de soins complet, continu et adapté à cette clientèle toxicomane qui souffre de troubles mentaux concomitants.

4. Développer, en psychiatrie, des services intégrés visant la double problématique toxicomanie/troubles mentaux sévère et persistants, en collaboration avec Domrémy.

5. Optimiser l'utilisation des lits dans les services avec hébergement de Domrémy en vue d'améliorer davantage la rapidité d'accès à ces services.

6. Outiller le personnel de Domrémy au plan de l'évaluation et de l'intervention auprès des clients toxicomanes présentant des troubles mentaux concomitants via des formations et de la supervision.

7. Assurer un financement adéquat à Domrémy et à ses partenaires en vue d'offrir des services adaptés et accessibles à cette clientèle toxicomane, souvent plus lourde, appelée à être dépistée de plus en plus efficacement par les partenaires de Domrémy.

## 2. MISE EN CONTEXTE

L'abus et la dépendance à l'alcool et aux autres drogues sont à la source de nombreuses souffrances humaines, tant pour ceux qui vivent cette problématique que pour leurs proches. Les coûts socio-économiques reliés aux différentes toxicomanies s'avèrent faramineux: 890,6 millions de dollars, au Québec, en 1996 (Desjardins, 1996), 18,45 milliards au Canada en 1992 (Single, Robson, Xie, & Rehm, 1996). En Mauricie / Centre-du-Québec, on estime à un coût annuel approximatif de 1,2 millions seulement en frais d'hospitalisations pour les usagers de cette région ayant reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances (Vermette, 2000). De plus, on constate un taux relativement élevé d'hospitalisations associées à un diagnostic relié aux problèmes de toxicomanie. Selon une étude auprès des centres hospitaliers de Laval, 10,75% des hospitalisations de deux jours et plus et 6,3% des hospitalisations d'une journée sont reliées à un tel diagnostic (Renaud & Cuillerier, 2003). La durée moyenne des hospitalisations reliées à des problèmes de toxicomanie, en Mauricie / Centre-du-Québec, a été évaluée à 7,2 jours (RRSSSMCQ, 2000). Soulignons également que les personnes demandant des services dans un centre de réadaptation en toxicomanie subissant des délais d'attente de 15 jours ou plus risquent davantage de vivre un alourdissement de leurs difficultés (problèmes de santé physique, problèmes judiciaires, tentatives de suicide) et de demander de l'aide à divers organismes publics (médecins, centres hospitaliers, CLSC, DPJ) (Cuillerier & Forget, 2002).

L'ensemble de ces données mettent en lumière l'importance d'assurer l'accessibilité et la continuité de services adaptés pour ces personnes toxicomanes qui se présentent dans les centres hospitaliers. En 1999, les orientations régionales en matière de toxicomanie soulignaient des lacunes importantes à ce niveau en Mauricie / Centre-du-Québec (RRSSSMCQ, 1999). Ce document mentionnait le manque de plan directeur et de vision globale en toxicomanie contribuant au morcellement de l'offre de services et donc à la discontinuité et à la compétition. Il était recommandé notamment d'améliorer cette continuité et la concertation dans l'organisation des services de désintoxication.

En vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins à la clientèle toxicomane se présentant dans les centres hospitaliers, tout en s'assurant d'un meilleur rapport efficacité/coûts, Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec a élaboré en collaboration avec le centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) un *Réseau intégré de services en désintoxication* (RISD). Ce projet découle d'une approche pragmatique consistant à améliorer les services existants à partir des besoins exprimés par la clientèle et les partenaires du milieu. Dès 1995, Domrémy MCQ a entrepris une vaste consultation sur le besoin de réorganiser les services de désintoxication dans la région (St-Louis, 1995). Ce sont ces recommandations, couplées aux orientations régionales en toxicomanie (RRSSSMCQ, 1999) et à une recension des écrits sur les meilleurs pratiques dans le domaine de la désintoxication (Bertrand & Ménard, 2004) qui ont donné naissance au modèle d'organisation de services actuel préconisé par le RISD. Ce modèle a fait l'objet d'une première entente formelle de collaboration entre Domrémy MCQ et le CHRTR signée en 2004. Le présent rapport décrit l'évaluation du RISD formellement actualisé depuis un an sur le territoire de Trois-Rivières.

## 3. DESCRIPTION DU RISD

Le *Réseau intégré de services en désintoxication* (RISD) a pour objectif général de mieux répondre à la variété des besoins de désintoxication d'une population donnée par la mobilisation des acteurs concernés et la mise en place d'un continuum de services clairement défini. Ce continuum de services vise à offrir le traitement sécuritaire le moins envahissant et le plus efficient possible pour répondre aux besoins de désintoxication de la population, en s'appuyant sur les critères d'évaluation et d'orientation mis de l'avant par l'*American Society of Addiction Medecine* (ASAM, 2000). Ces critères sont recommandés par le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec* (CPLT – sous presse) et la *Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes* (Tremblay & coll., 2004).

De façon très succincte, la typologie de l'ASAM s'inscrit dans une logique de hiérarchisation des soins et couvre quatre niveaux, traduisant la gravité du syndrome de sevrage vécu par l'usager et le niveau de soins requis :

Type 1 : avec symptômes légers et nécessite peu ou pas de soutien et d'accompagnement sur une base externe;

Type 2 : avec symptômes légers à modérés et nécessite un encadrement intensif en externe;

Type 3 : avec symptômes modérés à sévères et nécessite un encadrement en milieu résidentiel mais sans hospitalisation;

Type 4 : avec symptômes sévères ou complications médicales ou psychiatriques et nécessite une hospitalisation.

De façon plus spécifique, le RISD vise à :

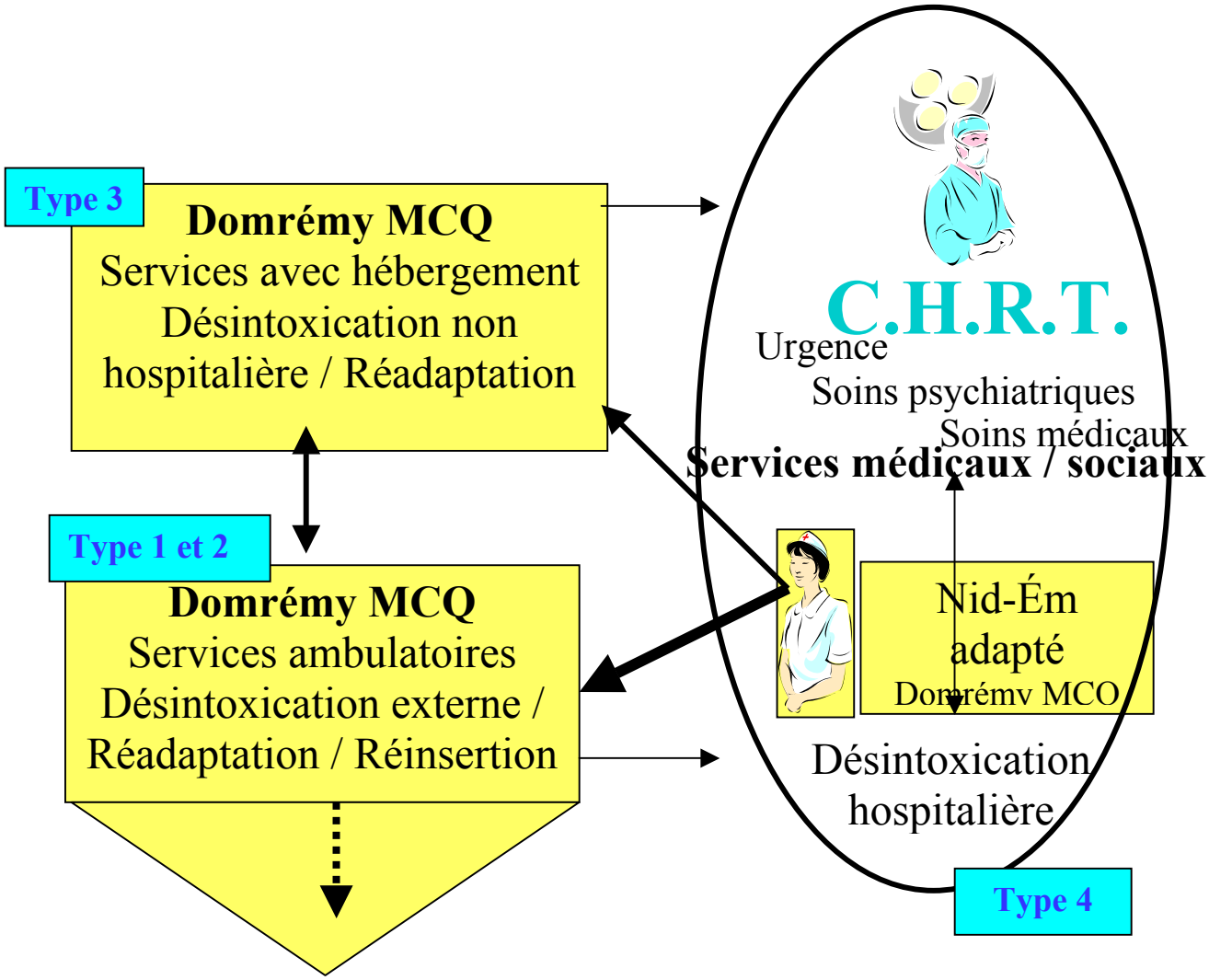
- Améliorer le dépistage des problèmes de consommation chez les usagers présents en centre hospitalier

- Profiter de façon optimale de la fenêtre d'opportunité créée par la crise associée à la présence des usagers en CH pour les engager ou ré-engager dans une démarche de changement en regard de leur consommation problématique.

- Fournir aux usagers une priorité et rapidité d'accès aux niveaux de soins requis en fonction de paramètres opérationnalisés à l'intérieur d'une grille d'évaluation standardisée et adaptée du NiD-ÉM 2.0 (Niveau de désintoxication – Évaluation par les intervenants médicaux; Rouillard, Tremblay & Boivin, 1999)

- Engager les usagers présentant des besoins de désintoxication dans un processus de rémission à plus long terme, en inscrivant de façon cohérente et concertée les différents niveaux de soins dans une stratégie globale de traitement. Ainsi,

**Figure 1 - Réseau Intégré de Services en Désintoxication**




chaque niveau de soins est appelé à stimuler l'engagement de la clientèle dans une démarche de réadaptation et de réinsertion sociale complète, en assurant une continuité entre les différents services requis.

Tel qu'illustré à la figure 1, le RISD se traduit essentiellement par un arrimage étroit entre les services de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie-jeu pathologique et les services pré-hospitaliers et hospitaliers du CHRTR. Cet arrimage s'incarne principalement par la présence quotidienne d'une infirmière-liaison de Domrémy MCQ au CHRTR où elle peut rencontrer des usagers, à l'urgence ou hospitalisés, qui présentent une problématique en lien avec les dépendances. Ces usagers ont été dépistés par les

services médicaux et/ou sociaux du CH qui leur offre la possibilité de rencontrer l'infirmière-liaison de Domrémy, offre qu'ils sont libres d'accepter ou non.

Le rôle de l'infirmière-liaison de Domrémy consiste à :

- Informer le client des services de Domrémy MCQ;
- Effectuer une courte intervention motivationnelle;
- Compléter une demande de services avec les usagers qui souhaitent en formuler une;
- Compléter une évaluation des besoins des usagers qui formulent une demande d'aide, notamment à l'aide d'une version adaptée du Nid-Ém, pour déterminer le niveau de soin approprié aux besoins de la personne, selon les critères de l'ASAM;
- Orienter l'usager, dès le congé de l'hôpital obtenu, vers les services ambulatoires ou avec hébergement selon les besoins pour faciliter un accès prioritaire aux services. Ainsi, les usagers peuvent se voir transférer directement du CHRTR vers les services avec hébergement de Domrémy ou encore obtenir un rendez-vous dans les services ambulatoires le jour de leur sortie de l'hôpital.

Concrètement, la mise en place progressive du RISD a impliqué :

- La formation des partenaires concernés sur les principes du RISD;
- L'implantantion d'une version adaptée du Nid-Ém 2.0 dans l'ensemble des services de Domrémy MCQ;
- Le développement du corridor de services entre Domrémy MCQ et le CHRTR;
- Une recension des écrits sur les meilleurs pratiques en matière de désintoxication et une analyse de la trajectoire d'utilisation des services d'hébergement par la clientèle de Domrémy MCQ en 2004. Cette première analyse a conduit à une révision et une formalisation de l'offre des services avec hébergement de Domrémy MCQ, en conformité aux principes du RISD (voir annexe 1);
- La transformation de six lits en décembre 2002 au centre de services avec hébergement de Domrémy MCQ, dédiés à la désintoxication non hospitalière, et l'ajout de six lits additionnels en novembre 2004, dans le but d'étendre progressivement l'entente établie avec le CHRTR aux CSSS de la région qui offrent des services hospitaliers, tout en complétant l'offre de services s'adressant aux usagers de type 3.

# 4. LE RISD :BILAN D'IMPLANTATION ET ANALYSE DES PREMIERS IMPACTS

Maintenant que le RISD est formellement implanté depuis un an sur le territoire de Trois-Rivières, il s'avère important d'en évaluer l'implantation et les premiers impacts en vue de vérifier si les effets attendus se sont produits, tout en favorisant une démarche d'amélioration continue des services. L'histoire très récente de ce modèle d'organisation de services nous a incité à orienter cette première évaluation vers une analyse exploratoire des éléments davantages descriptifs, à partir des données de monitorage du projet et des témoignages d'informateurs clés directement impliqués dans celui-ci. D'autres analyses centrées sur l'utilisation des services pré-hospitaliers et sur les épisodes d'hospitalisation des personnes aux prises avec une problématique de consommation au CHRTR viendront éventuellement nuancer l'impact et l'efficience réels du RISD.

La présente évaluation couvre donc trois grands axes :

1) Une analyse descriptive de la trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers rencontrés dans le cadre du RISD (corridor de services entre Domrémy MCQ et le CHRTR);

2) Une analyse qualitative du point de vue des intervenants et coordonnateurs du CHRTR et de Domrémy MCQ quant à l'implantation du projet, ses retombées et les améliorations à apporter au RISD;

3) Une analyse qualitative du point de vue des usagers rencontrés au CHRTR par Domrémy MCQ dans le cadre du RISD quant à leur perception des services reçus et de l'impact de ceux-ci sur leur cheminement.

La synthèse de cette évaluation donne suite à des recommandations pour améliorer le RISD en place et pour développer des services en vue de mieux répondre aux besoins de la clientèle toxicomane dépistée lors de leur épisode de soins en milieu hospitalier.

## 4.1 Une analyse descriptive de la trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers rencontrés dans le cadre du RISD

Voyons d'abord le premier axe d'évaluation qui vise globalement la description de la tajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers rencontrés par l'infirmière-liaison de Domrémy au CHRTR.

### *4.1.1 Méthodologie*

#### 4.1.1.1 Objectifs

De façon plus spécifique, ce premier axe d'évaluation vise quatre grands objectifs, soit de décrire :

1) les visites réalisées par l'infirmière-liaison de Domrémy MCQ auprès des usagers présents en CH;
2) le profil des usagers rencontrés;

3) la trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par ces usagers;
4) les impacts du RISD sur les services avec hébergement de Domrémy MCQ.

#### 4.1.1.2 Échantillon

Plus précisément, cet axe d'évaluation porte sur les 295 usagers qui ont été rencontrés par l'infirmière-liaison au CHRTR durant la période d'implantation du RISD, soit une période de vingt mois (du 27 mai 2003 au 25 janvier 2005).

En vue d'établir des groupes de comparaison, des sous-groupes de la population clinique ont été identifiés à partir des banques de données informatisées sur les usagers en traitement à Domrémy MCQ :

- L'ensemble des usagers de Domrémy MCQ ayant demandé des services à Trois-Rivières durant une période de 20 mois antérieure à l'implantation du RISD, soit de 2001-2003 (n= 1763);
- L'ensemble des usagers de Domrémy MCQ ayant demandé des services à Trois-Rivières durant la période de l'implantation du RISD, soit de 2003-2005 (n=1994);
- L'ensemble des usagers adultes de Domrémy MCQ qui se sont incrits dans les services externes durant la période de l'implantation du RISD (2003-2005) (n=2 134), ainsi que le sous-groupe, parmi eux, pour lequel les résultats de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie*(version longue) sont disponibles (n=1 005)[1]
- L'ensemble des usagers admis dans les services avec hébergement en 2001-2002 (n=298), 2002-2003 (n=363); 2003-2004 (n=434) et 2004-2005 (n=432).

#### 4.1.2.3 Collecte de données

Les données proviennent des deux sources suivantes :

- Le journal de bord des infirmières-liaisons complété par celles-ci lors de chaque visite réalisée auprès d'un usager au CHRTR (comprend le nom et la date de naissance de l'usager, le lieu de la visite, l'intervention réalisée, le problème de consommation dépisté; voir l'annexe 2)
- Le système d'information sur la clientèle alcoolique et toxicomane (SICAT) de Domrémy MCQ qui comprend :
  - les résultats à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie (*Bergeron & coll., 1998);
  - les données socio-démographiques;
  - les résultats à l'évaluation Ni-DÉM 2.0 (Rouillard & coll., 1999);
  - les données sur l'utilisation des services à Domrémy MCQ.

#### 4.1.1.4 Analyses

Des analyses quantitatives descriptives ont été réalisées. Les données recueillies dans le journal de bord des infirmières ont été croisées avec celles de SICAT en vue d'établir la trajectoire d'utilisation des services des usagers rencontrés par l'infirmière-liaison au CHRTR. De plus, de manière exploratoire, des analyses comparatives (test T et chi-carré) ont été menées en vue de dégager comment le profil des usagers rencontrés dans le cadre du RISD se distingue de celui de l'ensemble de la clientèle de Domrémy ainsi que

[1] Notons que les usagers qui s'inscrivent dans les services pour une deuxième fois complètent une version abrégée de l'IGT. Ces résultats n'ont pas été intégrés aux présentes analyses.

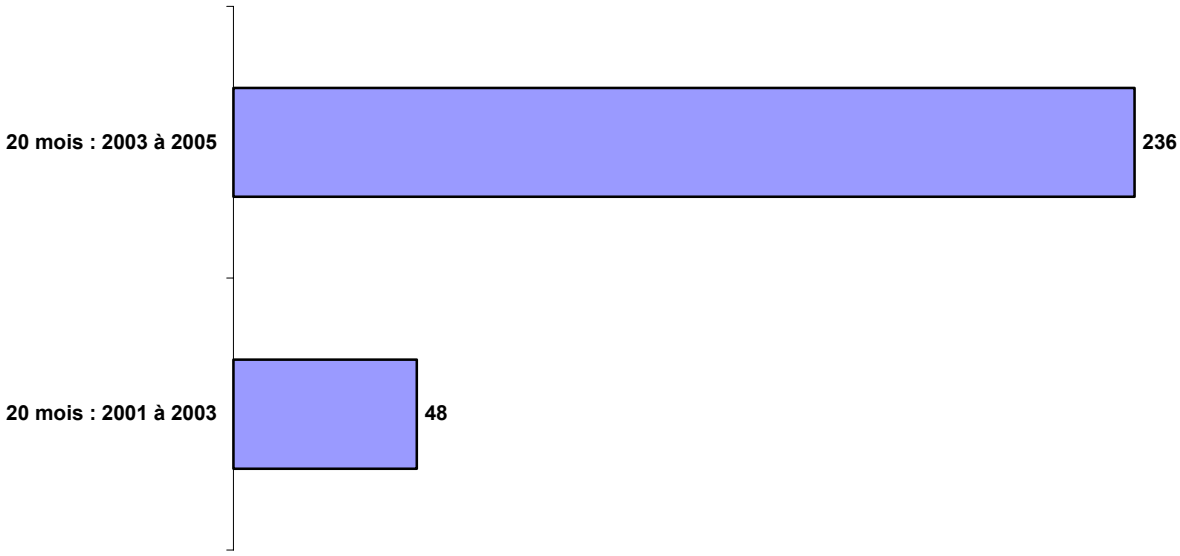
l'impact de l'implantation du RISD sur le profil de la clientèle admise à Domrémy et sur l'utilisation des services.

### *4.1.2 Résultats*

#### 4.1.2.1 Les visites réalisées par les infirmières-liaison de Domrémy MCQ

La présente description porte sur les visites réalisées sur une période de vingt mois (du 27 mai 2003 au 25 janvier 2005). Nous entendons par visite, la rencontre par l'infirmière-liaison d'un usager référé par le personnel du CHRTR. Durant cette période, 532 visites ont été réalisées en 284 jours auprès de 295 usagers différents. Parmi ces usagers, 236 ont accepté de formuler une demande d'aide auprès de Domrémy MCQ. La figure 2 présente le nombre de demandes de services reçues à Domrémy MCQ suite

**Figure 2 - Analyse comparative des demandes de services à Domrémy MCQ suite à une référence du CHRTR avant et après l'implantation du RISD**



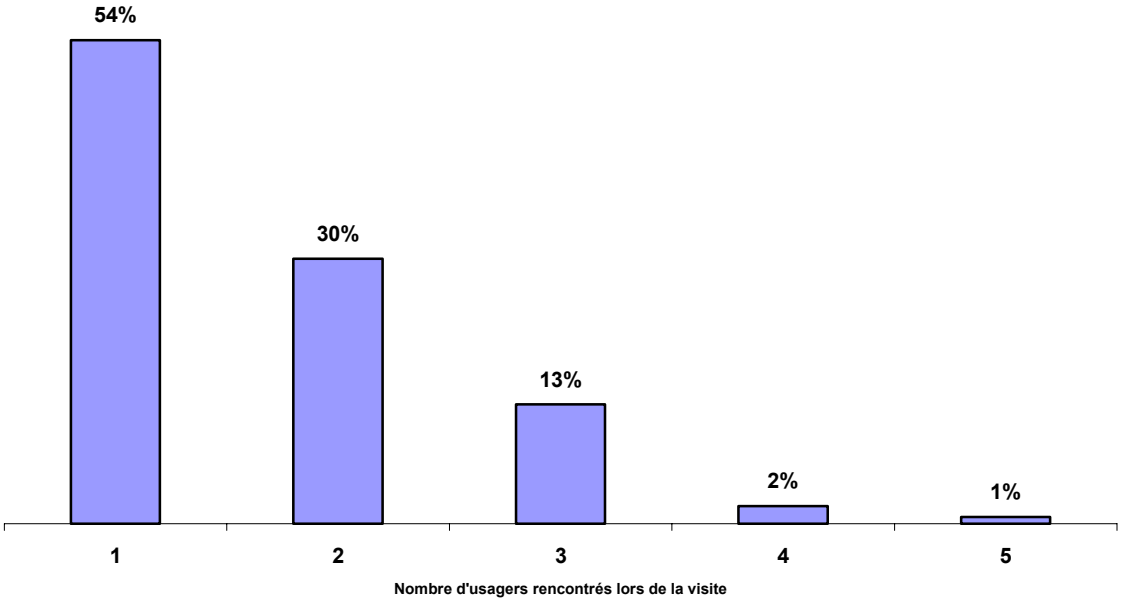

à une référence du personnel du CHRTR durant la période à l'étude du RISD (20 mois), en comparaison aux vingt mois précédents la mise en place du RISD. Bien que la source de référence des demandes 2001-2003 soit colligée auprès des usagers et puisse ainsi influencer l'exactitude des données, nous notons un accroissement important des demandes de services en provenance du CHRTR depuis la mise en place du RISD.

Depuis le début du projet à la fin du mois de mai 2003, Domrémy MCQ a consacré en moyenne entre 8 et 10 heures par semaine à ses présences au CHRTR. Une seule infirmière-liaison se présentait presqu'à tous les jours de la semaine au centre hospitalier. La figure 3 présente la distribution des visites selon le nombre d'usagers rencontrés. Ainsi, durant une même visite, de 1 à 5 usagers différents ont pu être rencontrés sur

référence. Dans la majorité des présences de l'infirmière-liaison au CH (54%), un seul usager était rencontré. À noter que cette distribution ne tient pas compte des visites quotidiennes où aucun usager ne fut rencontré. Cette variable a été intégrée de façon plus systématique au monitorage du projet à partir de juillet 2004. À partir de cette date jusqu'au 25 janvier 2005, seulement 22 présences quotidiennes ont été marquées par l'absence de visite auprès d'usagers référés (15% des présences quotidiennes). Ces présences sans visite ont été consacrées à consolider les liens avec le personnel des différents départements du CHRTR et à stimuler le dépistage systématique des problèmes de consommation auprès de la clientèle hospitalisée .

Finalement, suite à une première référence du personnel du CH, un même usager hospitalisé pouvait être rencontré à plusieurs reprises par l'infirmière-liaison dans le but

**Figure 3 - Répartition des visites selon le nombre d'usagers rencontrés**




de développer ou consolider son engagement à s'inscrire dans une démarche de changement à l'égard de son profil de consommation. La figure 4 présente la distribution des usagers rencontrés en fonction du nombre de visites qu'ils ont reçues. Pour la majorité des usagers rencontrés (67%), ils n'ont reçu qu'une seule visite. Par contre, près de 15% d'entre eux ont reçu de 3 à 10 visites, la durée d'hospitalisation jouant un rôle déterminant à ce niveau.

De plus, durant la période à l'étude, certains usagers ont pu être rencontrés à plusieurs reprises par Domrémy au CHRTR, au cours d'épisodes de soins différents. Ainsi, la figure 5 indique que 18% des usagers rencontrés l'ont été dans le cadre de 2 à 5 épisodes de soins différents.

**Figure 4 - Distribution des usagers selon le nombre total de visite reçue en CH par l'infirmière-liaison de Domrémy**

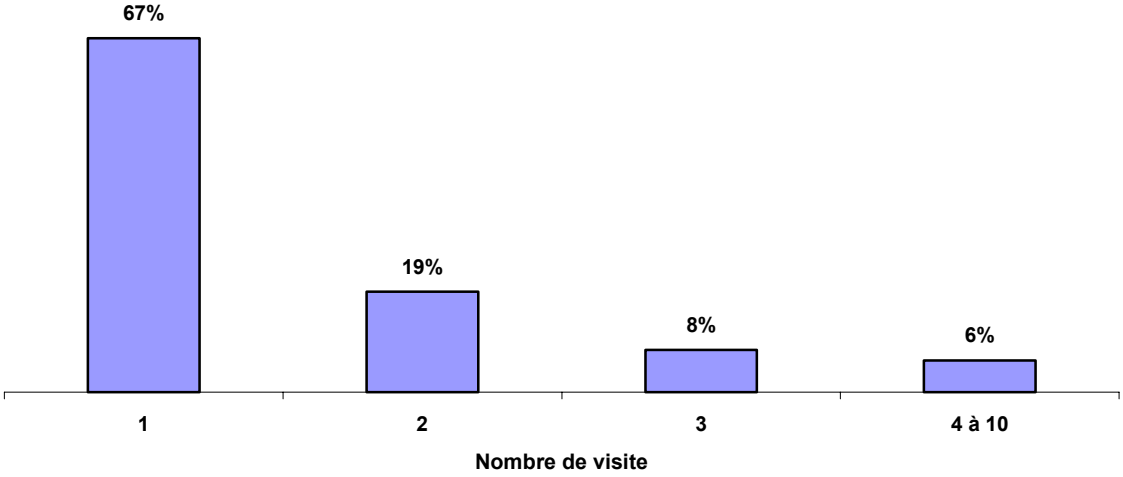
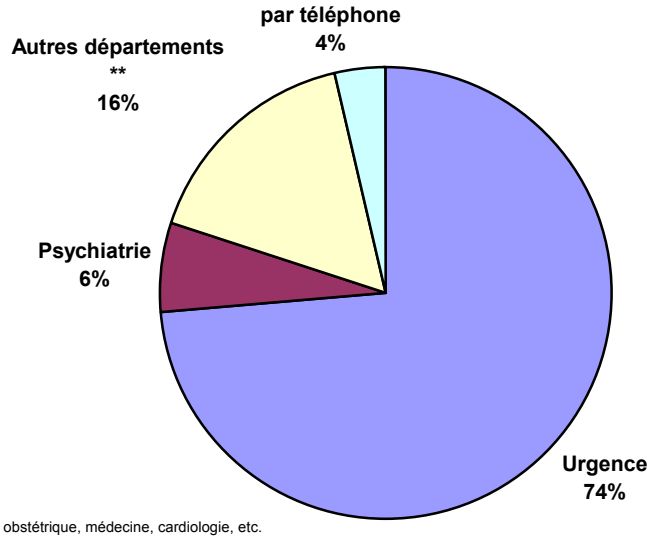



**Figure 5 - Distribution des usagers selon le nombre d'épisodes de soins différents durant lesquels ils ont été visités par l'infirmière-liaison**

Quant au lieu où les visites furents réalisées, près du trois quart de celles-ci se sont déroulées à l'urgence (voir figure 6). Parmi les usagers hospitalisés, le département de psychiatrie reçoit le plus grand nombre de visites, bien que l'ensemble des autres départements du CH réunis reçoivent 16% des visites. À noter qu'un faible nombre de « visites » ont été réalisées par téléphone à partir du point de services de Domrémy MCQ à Trois-Rivières; le personnel du CH souhaitant qu'on établisse un premier contact ou un suivi de contact avec un ou des usagers particuliers. De notre point de vue, cette donnée

**Figure 6 - Distribution des visites selon le lieu de rencontre avec l'usager**




**Neurologie, gynécologie obstétrique, médecine, cardiologie, etc.

témoigne d'une flexibilité des modes de liaison pour favoriser une plus grande continuité des services et le développement adapté de liens entre certains usagers du CHRTR et les services spécialisés de réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique de la région.

**Tableau 1: Distribution des usagers visités selon leur sexe et leur groupe d'âge**

| | | groupe d'âge | | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | moins de 18 | 18 à 24 | 25 à 31 | 32 à 38 | 39 à 45 | 46 à 52 | 53 à 59 | 60 et plus | |
| Femmes | n | 3 | 11 | 14 | 18 | 26 | 11 | 10 | 8 | 101 |
| | % femmes | 30% | 11% | 14% | 18% | 26% | 11% | 10% | 8% | 100% |
| | % groupe d'âge | 75% | 27% | 42% | 46% | 41% | 23% | 33% | 30% | 35% |
| | % au Total | 1% | 4% | 5% | 6% | 9% | 4% | 4% | 3% | 35% |
| Hommes | n | 1 | 30 | 19 | 21 | 37 | 38 | 20 | 19 | 185 |
| | % hommes | 1% | 16% | 10% | 11% | 20% | 21% | 11% | 10% | 100% |
| | % groupe d'âge | 25% | 73% | 58% | 54% | 59% | 78% | 67% | 70% | 65% |
| | % au Total | 0% | 11% | 7% | 7% | 13% | 13% | 7% | 7% | 65% |
| Total | n | 4 | 41 | 33 | 39 | 63 | 49 | 30 | 27 | 286 |
| | % groupe d'âge | 1% | 14% | 12% | 14% | 22% | 17% | 11% | 9% | 100% |

* 9 données manquantes concernant l'âge des usagers rencontrés

### 4.1.2.2 Le profil des usagers rencontrés

Le tableau 1 présente la distribution des usagers visités selon leur sexe et leur groupe d'âge. Plus du tiers des usagers visités sont des femmes. L'âge moyen se situe à 40 ans pour les femmes (e-t : 13,65) et 41 ans pour les hommes (e-t : 13,99).

**Figure 7 - Motifs de présence en CH**

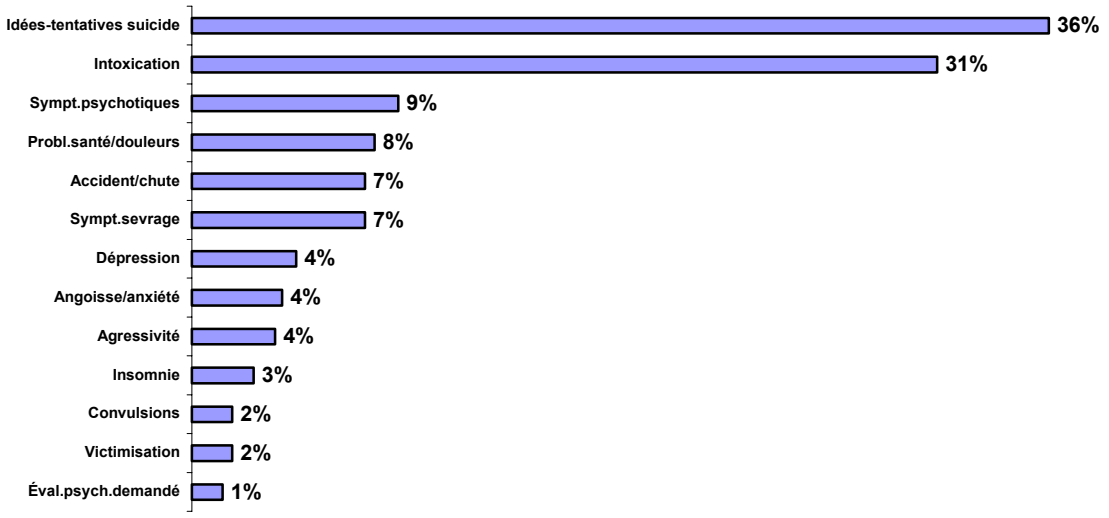
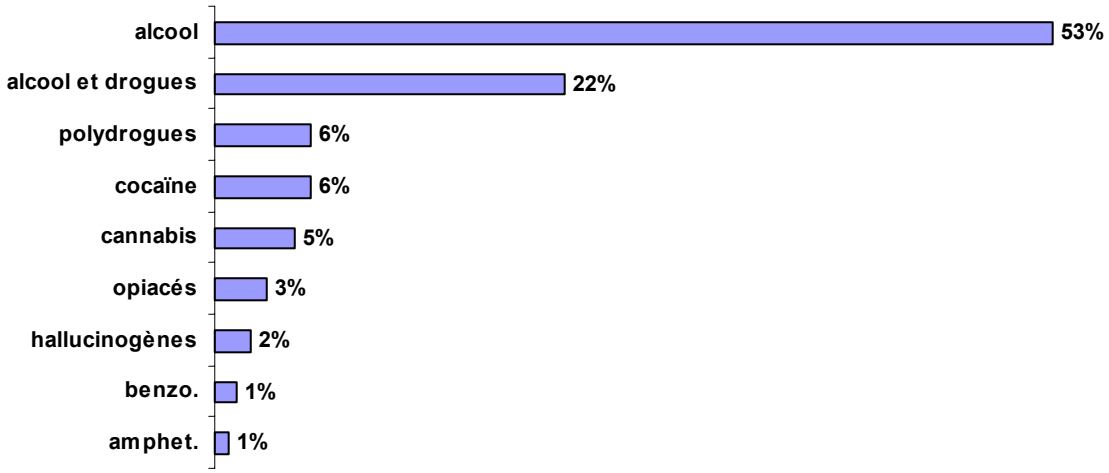


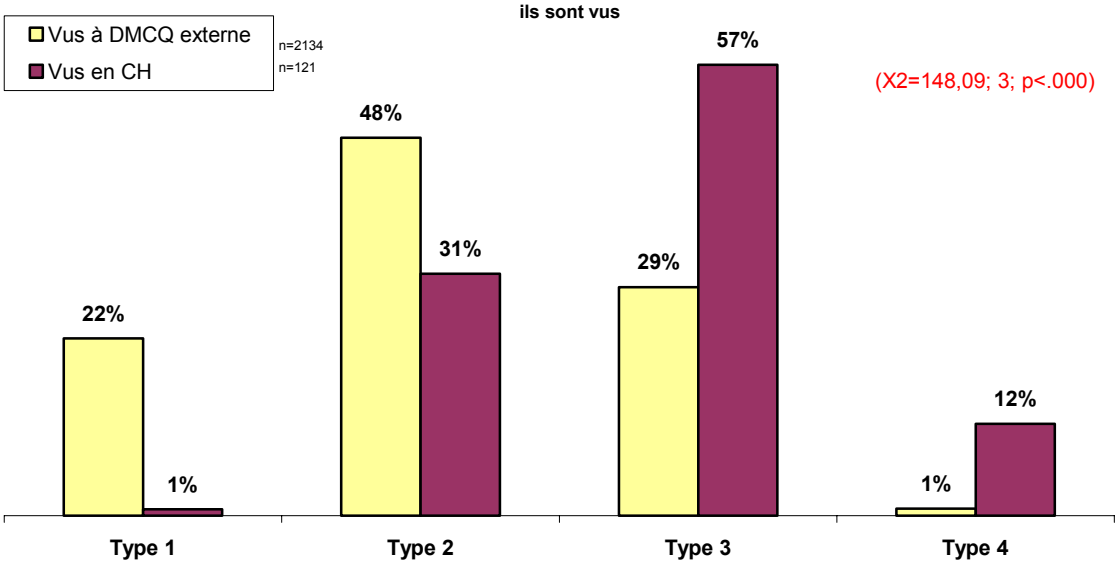

**Figure 8 - Problèmes de consommation dépistés**




La figure 7 présente le résultat d'une analyse de contenu des motifs de présence des usagers au CH, rapportés par les services sociaux à l'infirmière-liaison de Domrémy. À noter qu'un même usager pouvait présenter plusieurs motifs. Pour l'ensemble des usagers rencontrés, les motifs traduisant des symptômes associés aux troubles mentaux sont les plus nombreux (idées ou tentatives suicidaires, symptômes psychotiques, dépression, anxiété/angoisse, agressivité, etc.).

La figure 8 quant à elle présente la problématique de consommation dépistée par le personnel du CHRTR qui a justifié une référence à l'infirmière-liaison de Domrémy MCQ. On observe que l'alcool est impliqué dans les trois quarts des références alors que les drogues sont impliquées dans près de la moitié des références (45%). Aussi, la

**Figure 9 - Classification des usagers à partir des critères de l'ASAM (Nid-Ém adapté) selon le lieu où ils sont vus**

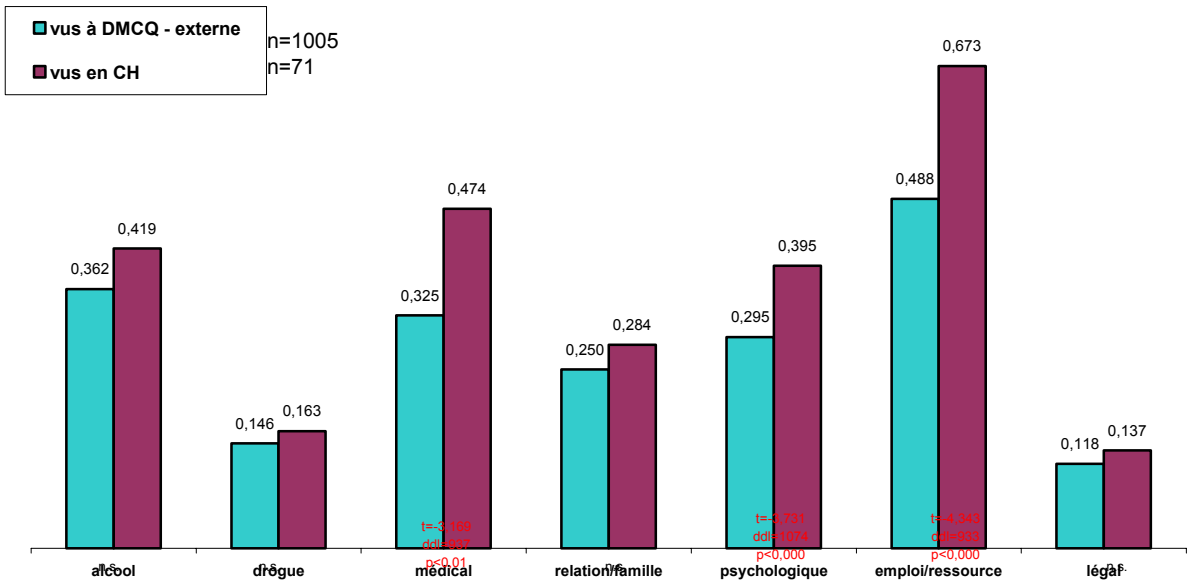



polyconsommation problématique (présence d'une consommation problématique avec plus d'un psychotrope) concerne 28% des références. À noter qu'on observe chez 7% des usagers visités l'utilisation de drogues injectables et chez 4% d'entre eux la présence d'une problématique associée au jeu excessif.

La figure 9 présente la distribution comparative des résultats des usagers adultes à l'évaluation Nid-Ém concernant la classification de l'A.S.A.M. selon qu'ils aient été rencontrés au CHRTR (n=121) ou dans l'ensemble des services externes de Domrémy MCQ (n=2134) durant la période à l'étude (2003-2005). Cette analyse permet d'établir si les usagers rencontrés en CH présentaient un niveau de besoins différent que ceux rencontrés dans les services ambulatoires de Domrémy MCQ, en regard de leur problématique de consommation. À noter que tous les usagers fréquentant les services de Domrémy MCQ, y compris ceux orientés vers les services avec hébergement, sont d'abord évalués dans les services ambulatoires. Aussi, l'échantillon des Nid-Ém pour les usagers rencontrés en CH se limite à 121 usagers puisqu'un certain nombre ont refusé d'entreprendre une démarche à Domrémy, d'autres étaient déjà en cours de traitement à Domrémy ou encore ont participé à une évaluation Nid-Ém une fois leur épisode de soins en CH terminé.

Globalement, on note que la proportion d'usagers de type 3 et 4 est significativement plus importante en CH que dans les services externes de Domrémy ($X^2$=148,09; dl=3; p<.000), traduisant leurs besoins plus importants en terme d'encadrement pour leur permettre de procéder à une désintoxication sécuritaire. De plus, bien qu'on observe une plus forte proportion d'usagers de type 1 et 2 dans les services externes de Domrémy (70%), près du tiers des usagers rencontrés en CH (32%) ne requièrent pas selon les critères de l'ASAM de services hospitaliers ou d'hébergement non hospitalier pour leur permettre d'entreprendre leur démarche de traitement en toxicomanie.

**Figure 10 - Gravité comparative des problèmes à l'IGT des usagers en traitement selon qu'ils ont fait l'objet ou non d'une visite en CH**




La figure 10 quant à elle présente la gravité comparative des problèmes rencontrés par les usagers adultes à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie*(IGT), selon qu'ils aient été rencontrés au CHRTR (n=71) ou dans l'ensemble des services externes de Domrémy MCQ (n=1005) durant la période à l'étude (2003-2005). De façon similaire à l'échantillon des NiD-ÉM, l'échantillon des IGT pour les usagers rencontrés en CH se limite à 71 usagers puisque qu'un certain nombre d'usagers ont refusé d'entreprendre une démarche ou ont abandonné leur démarche avant que l'évaluation IGT ne soit complétée ou étaient déjà en traitement ou encore avaient reçu cette évaluation dans l'année précédente. Nous n'avons donc retenu que les évaluations IGT réalisées dans les semaines suivant la visite en CH pour la présente comparaison. Essentiellement, nous constatons que les usagers rencontrés en CH présentent une gravité de problèmes médicaux (t=-3,169; ddl=937; p<.01), psychologiques (t=-3,731,ddl=1074, p<.000) et reliés à l'emploi (t=-4,343; ddl=933; p<.000) significativement plus importante que les usagers habituels, rencontrés dans les services ambulatoires de Domrémy.

#### 4.1.2.3 La trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers rencontrés en CH

Quant à la trajectoire de services, il importe d'abord de préciser que près de la moitié des usagers visités au CHRTR par l'infirmière-liaison de Domrémy MCQ (48,5%) ont déjà eu recours au moins une fois aux services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Domrémy MCQ. Un peu plus du quart de l'ensemble des usagers visités (28,5%) ont déjà utilisé les services avec hébergement de Domrémy MCQ. Aussi, 17,3% des usagers étaient en cours de traitement à Domrémy MCQ lorsqu'ils ont été visités au CHRTR.

Finalement, plus de la moitié des usagers référés par le personnel du CHRTR (51,5%) représentent une nouvelle clientèle pour Domrémy MCQ.

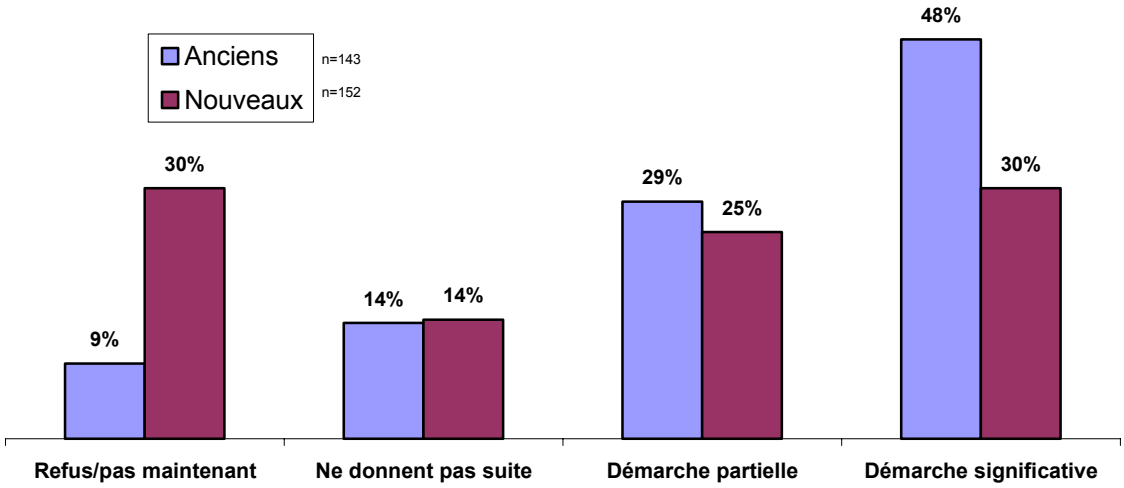
Comme précisé dans la section décrivant les visites réalisées auprès d'usagers présents au CHRTR, 236 ont accepté de formuler une demande d'aide à Domrémy MCQ, soit 80% des usagers visités. Les autres usagers refusent pour le moment d'entreprendre une démarche, soit parce qu'ils se disent trop préoccupés par d'autres problèmes (santé physique et/ou psychiatrique) ou qu'ils souhaitent avoir recours à d'autres types de services que ceux offerts par Domrémy. Un certain nombre d'usagers refusent catégoriquement des services en toxicomanie, considérant ne pas avoir de problème à ce niveau.

Pour mieux décrire la trajectoire d'utilisation des services en toxicomanie par les usagers qui formulent une demande d'aide suite à la visite de l'infirmière-liaison, deux types de démarche à Domrémy MCQ ont été définis : une démarche significative et une démarche partielle. Nous entendons par « démarche significative », une trajectoire d'utilisation des services caractérisée par le fait d'entreprendre un stage, tout en poursuivant au niveau des services externes pour y recevoir au minimum trois heures de services, ou encore entreprendre un suivi externe et y recevoir au minimum trois heures de services. Nous entendons par « démarche partielle» le fait d'entreprendre ou de compléter un stage dans les services avec hébergement sans poursuivre au niveau des services externes durant au moins 3 heures ou entreprendre un suivi externe sans poursuivre au-delà de trois heures de services.

Parmi ceux qui acceptent de formuler une demande d'aide à Domrémy, la très grande majorité donnent suite à leur demande (82,2%) et se présentent à leur premier rendez-vous en hébergement ou en externe, une fois leur congé de l'hôpital obtenu. Les deux tiers des usagers (66%) qui donnent suite à leur demande le font uniquement dans le cadre des services externes alors que le tiers restant (34%) réalisent un stage dans les services avec hébergement de Domrémy MCQ. Parmi ceux qui ont réalisé un stage, le tiers (32%) ont bénéficié d'un transfert direct du CH vers le centre avec hébergement alors que les deux tiers (68%) ont été admis en hébergement dans un délais inférieur à 30 jours. À noter que les usagers qui ont fait l'objet d'un transfert direct présentent une durée d'hospitalisation moyenne beaucoup plus grande (14,5 jours) que les autres (3,6 jours), contribuant possiblement à la planification du transfert. Finalement, près de la moitié de ceux qui ont formulé une demande d'aide (48,7%) réalisent une démarche significative dans les services de Domrémy MCQ alors que le tiers (33,5%) se limitent à une démarche partielle.

En synthèse, la figure 11 présente la trajectoire d'utilisation des services de Domrémy MCQ par l'ensemble des 295 usagers qui ont fait l'objet d'une visite au CHRTR par l'infirmière-liaison, selon qu'ils étaient d'anciens usagers de Domrémy ou de nouveaux usagers n'ayant jamais utilisé les services de Domrémy. On constate que les usagers n'ayant jamais eu recours aux services de Domrémy sont significativement plus nombreux à ne pas formuler de demande de services auprès de l'infirmière-liaison alors que les anciens usagers de Domrémy sont beaucoup plus nombreux à réaliser une démarche significative en réadaptation. De plus, nous notons un taux d'absence

**Figure 11 - Trajectoires d'utilisation des services de Domrémy MCQ par les usagers rencontrés au CHRTR**




identique chez les anciens ou nouveaux usagers au premier rendez-vous après avoir formulé une demande d'aide.

### 4.1.2.4 Les impacts du RISD sur les services avec hébergement de Domrémy MCQ

Nous notions déjà en mai 2004 (Bertrand & Ménard, 2004; voir annexe 1) des changements importants au plan de l'utilisation des services avec hébergement :

- Augmentation significative du nombre de personnes admises (298 en 2002 vs 434 en 2004)
- Diminution significative des durées de séjour (22 jours en 2002 vs 15,65 jours en 2004)
- Augmentation du nombre moyen de personnes en attente d'admission (29 personnes durant le premier trimestre de 2003 vs 43 personnes durant le premier trismestre de 2004)
- Augmentation du temps d'attente moyen pour être admis (13 jours durant le premier trimestre de 2003 vs 24 jours durant le premier trimestre de 2004)

Nous avions attribué ces changements à la mise en place du RISD et à la transformation de six lits en décembre 2002, dédiés à de la désintoxication non hospitalière. Les consultations réalisées auprès du personnel, l'analyse de la trajectoire d'utilisation des services d'hébergement par la clientèle et une recension des écrits sur les meilleures pratiques en matière de désintoxication et d'hébergement en toxicomanie nous ont amené à formuler un certain nombre de recommandations au plan de l'organisation des services avec hébergement, de la priorisation des clientèles orientées vers l'hébergement et de l'arrimage entre les services externes de Domrémy et ses services avec hébergement, le

tout dans le but d'augmenter la cohérence entre ces services et les principes du RISD. Essentiellement, ces recommandations portaient sur :

- L'adoption d'une approche axée sur le continuum de soins (« step care approach ») visant à offrir le niveau de soins sécuritaire le moins envahissant possible
- La priorisation des usagers de type 3 dans nos services avec hébergement
- La priorisation en hébergement des usagers provenant du CH et la priorisation en externe des usagers provenant de l'hébergement ou du CH
- L'établissement du rôle et des objectifs formels visés par les services avec hébergement
- L'inscription de la désintoxication dans une stratégie globale de traitement en statuant sur l'existence d'un seul programme de réadaptation en hébergement, en favorisant une durée de séjour standard de 21 jours, en assignant un seul intervenant psychosocial à l'usager tout au long de son séjour et en systématisant la poursuite et la continuité de la démarche avec les services externes de Domérmy MCQ.

De plus, en novembre 2004, six lits additionnels étaient ajoutés aux 24 lits existants pour compléter l'offre des services avec hébergement, dans l'optique de l'éventuel implantation du RISD avec d'autres CSSS de la région qui offrent des services hospitaliers.

La présente analyse des impacts du RISD sur les services avec hébergement vise à compléter celles réalisées en mai 2004, tout en explorant l'effet des changements apportés au cours de la dernière année sur la trajectoire d'utilisation de ces services par la clientèle de Domrémy et celles provenant du CHRTR. La figure 12 présente l'évolution au cours des quatre dernières années du nombre d'usagers admis en cours d'année, de leur durée moyenne de séjour et du taux d'occupation annuel des services avec hébergement. Nous notons l'accroissement du nombre d'admissions et du taux d'occupation ainsi que la diminution de la durée de séjour déjà mentionné entre 2001-2002 et 2003-2004. Bien que six lits furent ajoutés en novembre 2004, le nombre d'admissions s'est stabilisé au cours de la dernière année. Cependant, en conformité aux orientations souhaitées, nous notons une augmentation de la durée moyenne de séjour, passant de 15,65 jours à 17,1 jours, contribuant ainsi à maintenir un taux d'occupation de 76% pour la dernière année.

La figure 13 présente les différents indicateurs d'accès aux services avec hébergement pour le premier trimestre des années 2003, 2004 et 2005. On y observe que le nombre moyen de lits occupés pour le premier trismestre de l'année 2005 a augmenté en conformité à l'ajout de lits en novembre 2004. De plus, le nombre de personnes en attente a continué à augmenter. Finalement, nous constatons que l'ajout de lits a eu un impact principalement au niveau de la moyenne de jours d'attente pour le premier trimestre de 2005. La durée moyenne d'attente a baissé de 24 à 16 jours entre les deux dernières périodes étalons à l'étude. Avec une moyenne de lits occupés à 25 sur 30 pour le premier trimestre de l'année 2005, nous croyons que des améliorations additionnelles

**Figure 12 - Admissions annuelles en hébergement à Domrémy MCQ, durée moyenne de séjour & taux d'occupation**

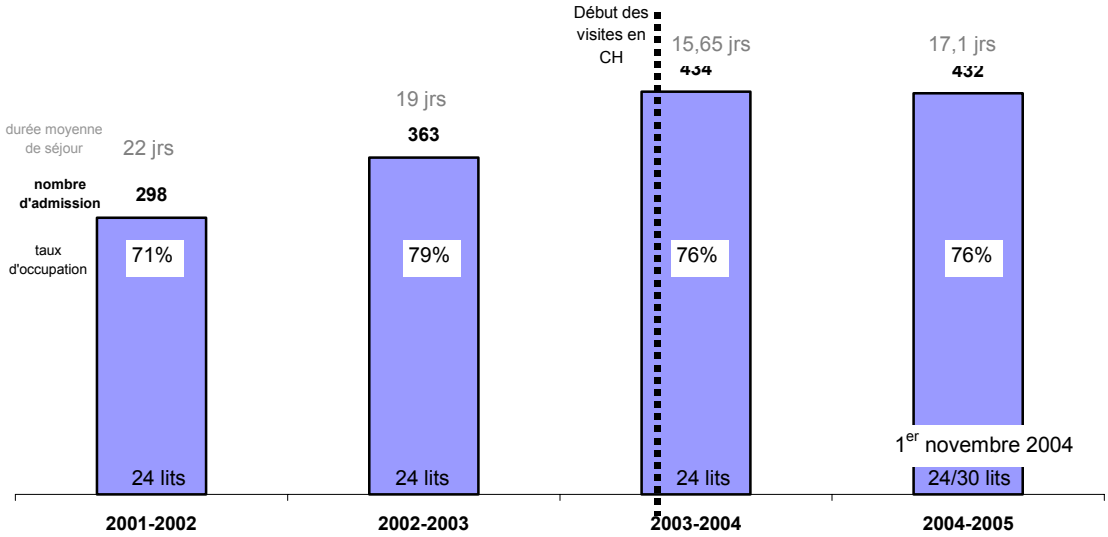
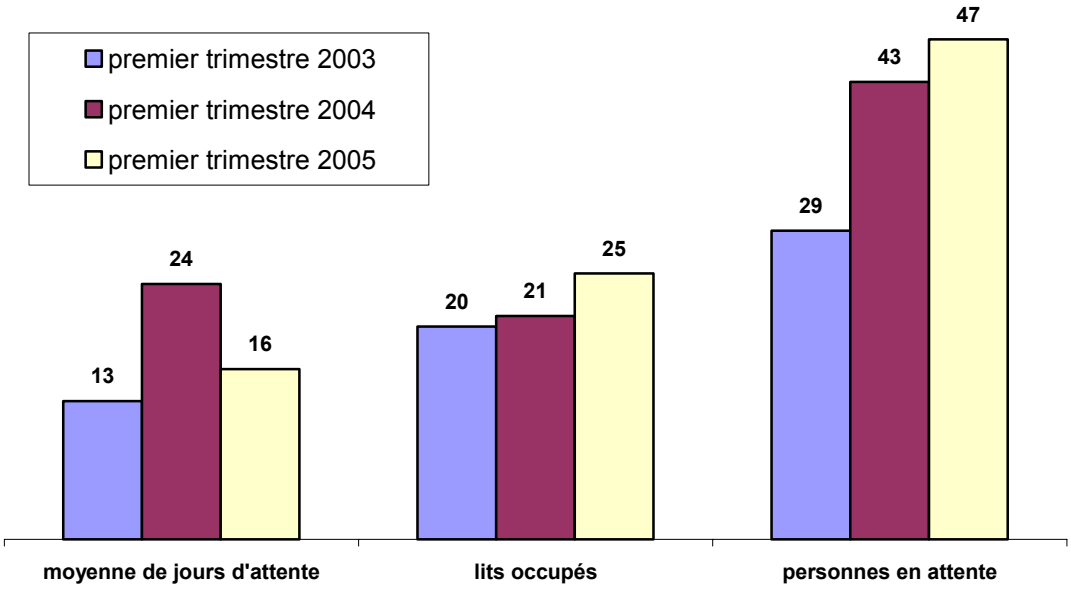
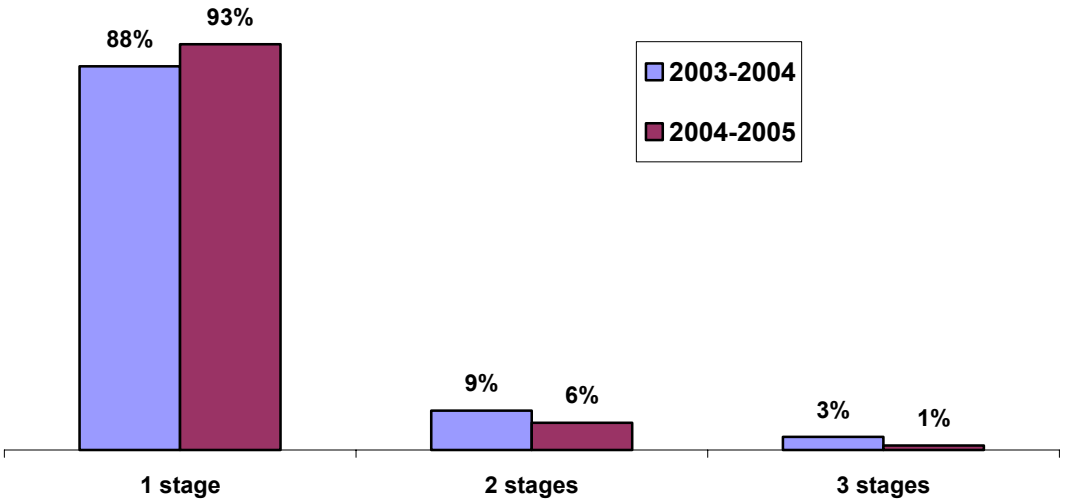



**Figure 13 - Comparaison des indicateurs d'accès aux services avec hébergement au premier trimestre des années 2003, 2004 et 2005**




sont possibles et nécessaires pour optimiser la durée d'attente et le nombre de personnes en attente. De plus, l'implantation récente d'un système d'information clientèle adapté à l'hébergement (SICAT-Hébergement) qui permet la gestion informatisée des demandes de services pour l'hébergement, de la liste d'attente et du dossier clinique de l'usager,

**Figure 14 - Distribution des usagers admis en fonction du nombre de stages réalisés au cours de la même année**




nous permettra de mieux documenter les durées d'attente réelles en fonction de la classification de l'ASAM. Nous pourrons ainsi comparer le niveau d'actualisation des critères de priorisation établis pour les usagers orientés vers les services avec hébergement.

La figure 14 présente la distribution des usagers qui ont été admis au cours des deux dernières années, en fonction du nombre de stages réalisés au cours de la même année. En conformité aux orientations données en mai 2004, nous observons une légère baisse du nombre d'usagers qui ont complété deux ou trois stages au cours de la même année, favorisant davantage un suivi au niveau des services externes qu'un retour en hébergement lorsque c'est possible. Cette pratique vise à libérer des places en hébergement pour la clientèle prioritaire et à dminuer le phénomène de portes tournantes en engageant cette clientèle dans une démarche de traitement significative au niveau des services externes.

De la même façon, la figure 15 présente la classification des usagers orientés vers les services avec hébergement au cours des deux dernières années, à partir des critères de l'ASAM sur le niveau de soins requis. Nous notons ici aussi, en conformité aux orientations données en mai 2004, une diminution des usagers de type 2 et une augmentation des usagers de type 3. Ces données semblent indiquer que les recommandations émises pour ajuster les services avec hébergement aux principes du RISD ont été entendues et se répercutent sur le profil d'utilisation des services avec hébergement. Cette transformation du profil des usagers admis dans nos services avec hébergement pourrait être attribuable à l'actualisation des critères de priorisation.

Au plan de la trajectoire d'utilisation des services avec hébergement, la figure 16 présente l'évolution des types de départs des services avec hébergement au cours de la dernière année. De façon conforme aux recommandations de mai 2004, nous notons en parallèle à

**Figure 15 - Classification des usagers en hébergement selon les critères de l'ASAM**

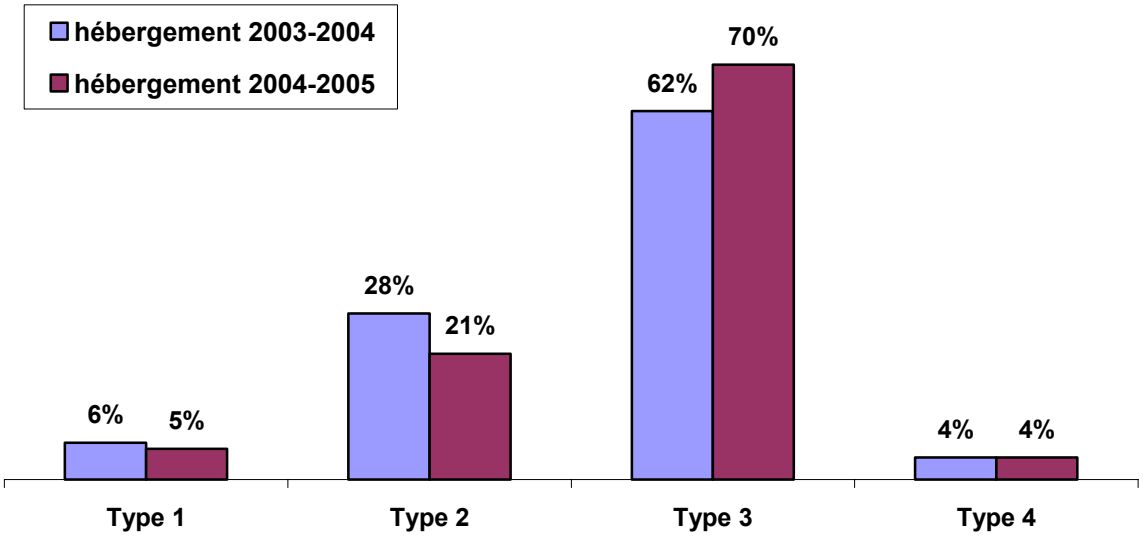
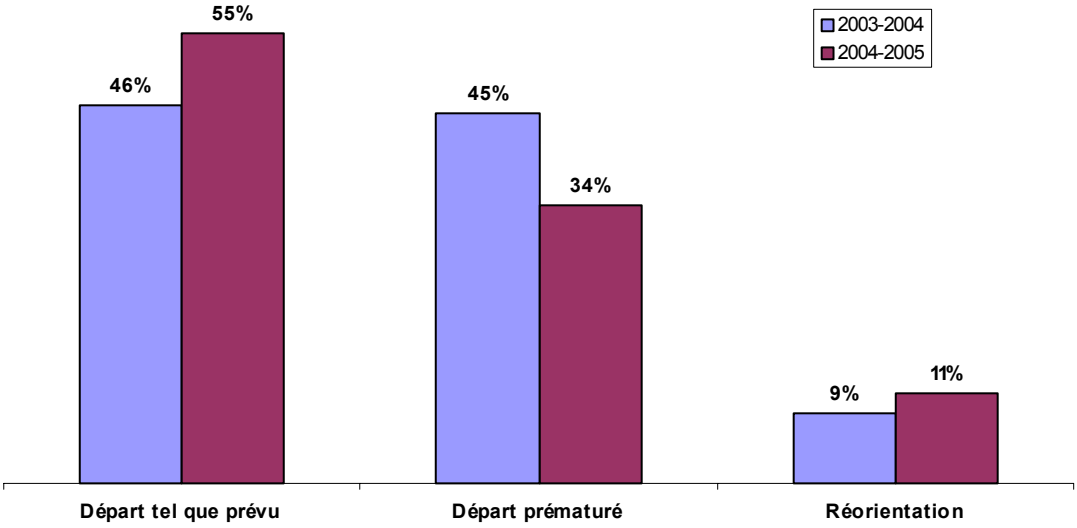
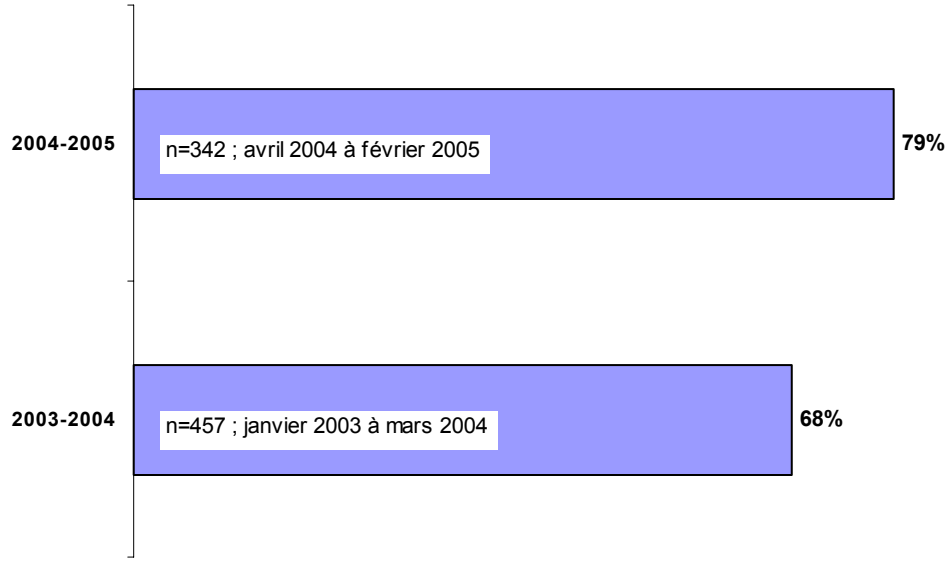



**Figure 16 - Types de fin de stage**




l'accroissement de la durée moyenne de séjour (voir figure 12), une diminution du nombre de départs prématurés.

**Figure 17 - Proportion de retour dans les services externes suite au stage**




De plus, la figure 17 témoigne d'un accroissement significatif du taux de retour des usagers dans les services externes suite à leur séjour dans nos services avec hébergement, en comparaison à l'année précédente.

### 4.1.3 Synthèse du premier axe d'évaluation : les données quantitatives

De façon sommaire, l'analyse descriptive de la trajectoire d'utilisation des services de réadaptation en toxicomanie par la clientèle rencontrée dans le cadre du RISD nous révèle les points suivants :

- Depuis la mise en place du RISD, Domrémy enregistre **5 fois plus de références** en provenance du CHRTR.

- Une problématique en lien avec l'alcool est présente chez les trois quarts des usagers rencontrés par l'infirmière-liaison au CHRTR alors que la consommation problématique de drogues est présente chez la moitié d'entre eux.

- La présence en CH des usagers visités est associée pour la majorité à une symptomatologie en lien avec un **problème de santé mentale**. Le profil de ces usagers se distingue de la moyenne des usagers qui fréquentent les services de Domrémy par une **gravité de problèmes significativement supérieure** au plan médical, psychologique et de l'emploi.

- Près de la moitié des usagers visités ont déjà eu recours aux services de Domrémy, dont 17% sont en cours de traitement au moment de la visite. Suite à cette visite, 80% des usagers formulent une demande d'aide officielle auprès de Domrémy.

Une fois cette demande verbalisée, près de la moitié des usagers complètent une démarche significative à Domrémy pour leur problème de consommation alors que le tiers complète une démarche partielle. À noter que le tiers des usagers ont recours aux services avec hébergement alors que les autres s'inscrivent dans les services ambulatoires de Domrémy.

- Au niveau de l'impact du RISD sur les services avec hébergement de Domrémy :
  - Nous notons une augmentation de 20% du nombre d'admission durant la première année de l'implantation du RISD (2003-2004), puis une stabilisation au cours de la dernière année (2004-2005).
  - En conformité aux recommandations de mai 2004 pour adapter l'offre des services avec hébergement aux principes du RISD, nous observons un accroissement des usagers requérant spécifiquement ce niveau d'encadrement selon les critères de l'ASAM (type 3) en comparaison à l'année précédente. Nous constatons aussi une augmentation de la durée de séjour moyenne, une légère baisse des départs prématurés et un accroissement du nombre d'usagers qui poursuivent leur démarche, au-delà de leur stabilisation, dans les services externes réadaptation de Domrémy.

L'ensemble de ces premiers constats nous laisse croire que le RISD a un impact positif réel sur l'accessibilité et la continuité des services pour la clientèle en CH qui présente des problèmes de consommation.

## 4.2 Le point de vue des intervenants et coordonnateurs impliqués dans le RISD

Voyons maintenant le deuxième axe d'évaluation du projet de réseau intégré de services en désintoxication (RISD), soit l'analyse du point de vue des intervenants et des coordonnateurs impliqués.

### *4.2.1 Méthodologie*

#### 4.2.1.1 Objectifs

Pour évaluer le projet de réseau intégré de services en désintoxication (RISD), il s'avère important d'explorer la perspective subjective des coordonnateurs et intervenants quant au projet de RISD, en vue de dégager le bilan que dressent ces informateurs clés à partir de leur expérience sur le terrain. Plus précisément, il est visé de décrire leur perception quant aux éléments suivants : 1) les défis liés à l'implantation du RISD et les solutions trouvées; 2) les retombées positives du RISD; 3) les aspects pouvant expliquer les retombées positives de ce projet; 4) les retombées négatives du RISD; et 5) des suggestions pour améliorer le RISD et les services offerts.

#### 4.2.1.2 Participants et collecte de données

Différents intervenants et coordonnateurs de Domrémy MCQ et du CHRTR ont été sollicités en vue d'obtenir un bilan global qui tienne compte de l'ensemble des différents acteurs impliqués dans le projet de RISD. L'animation des rencontres a été réalisée par Karine Bertrand, auteure du présent rapport d'évaluation. En vue de favoriser un échange

de points de vue et une plus grande richesse d'information, il a été choisi de réaliser deux rencontres de type « focus group » d'une durée de 45 minutes avec le personnel du CHRTR et une rencontre similaire avec le personnel de Domrémy MCQ.

Les critères suivants ont guidé la composition de chacun des groupes (voir l'annexe 3 pour la liste des participants):

- chaque groupe devait être composé de personnes qui sont impliquées dans le RISD à des niveaux différents, et ce, en vue d'obtenir de l'information riche et variée : des coordonnateurs, médecins, infirmières et intervenantes sociales travaillant dans différents secteurs (urgence, psychiatrie, obstétrique /gynécologie);
- chaque groupe devait comprendre entre six et dix personnes pour permettre un échange et des discussions, dans le but d'optimiser la réflexion et la richesse de l'information recueillie.

Une grille d'entrevue (voir l'annexe 4) a permis de diriger la discussion en vue d'obtenir un portrait global et complet du point de vue des différents acteurs. Notons qu'une entrevue individuelle, avec la même grille d'entrevue, a été réalisée auprès du médecin de Domrémy, pour compléter les données recueillies.

#### 4.2.1.3 Analyses

L'entrevue individuelle ainsi que les trois rencontres de « focus group » ont été enregistrées sur bande audio. Une analyse thématique du contenu manifeste a été réalisée pour l'ensemble des rencontres, à partir des enregistrements. L'analyse a permis d'identifier le point de vue du personnel du CHRTR d'une part, et de Domrémy, d'autre part, quant aux éléments suivants: 1) les défis rencontrés lors de l'implantation du RISD et les solutions trouvées; 2) les retombées positives du RISD; 3) les aspects contribuant aux retombées positives du RISD; 4) les retombées négatives du RISD; 5) les suggestions pour améliorer le RISD et les services offerts.

### *4.2.2 Résultats*

#### 4.2.2.1 Les défis rencontrés lors de l'implantation du RISD et les solutions trouvées

Le grand défi rencontré lors de l'implantation du RISD, identifié tant par le personnel de Domrémy que celui du CHRTR, a consisté à **tisser des liens de confiance entre les gens de ces deux organisations**. Pour favoriser l'ouverture du CHRTR, il s'avérait très important d'établir la crédibilité et l'expertise des intervenants de Domrémy.

Selon le personnel de Domrémy, les éléments suivants ont contribué à mettre en place un climat de confiance entre les deux organisations :

- au début de l'implantation du RISD, la formation du personnel du CHRTR par le médecin et les infirmières-liaison de Domrémy (outils d'évaluation, traitement du sevrage, rôle de Domrémy, etc.) a permis de favoriser une ouverture du CHRTR

face à la clientèle toxicomane et une reconnaissance de l'expertise de Domrémy en toxicomanie;
- la présence quotidienne des infirmières-liaisons de Domrémy au CHRTR, leur disponibilité et leur crédibilité;
- la flexibilité du personnel et de la direction de Domrémy (capacité à s'ajuster en fonction des besoins de l'hôpital et de la clientèle).

Le personnel du CHRTR identifie des éléments supplémentaires ayant contribué à l'établissement de ces liens de confiance :

- le fait que la formalisation de l'entente de collaboration se soit réalisée à partir d'un travail sur le terrain déjà amorcé et que les infirmières-liaison de Domrémy étaient déjà connues et appréciées par le personnel du CHRTR;
- le respect des protocoles d'entente par le personnel de Domrémy, incluant notamment le respect du droit de l'usager face au service qu'il veut recevoir et de son droit à la confidentialité;
- la présence quotidienne au CHRTR des infirmières-liaison de Domrémy ainsi que leurs qualités (ténacité, régularité, flexibilité, capacité d'adaptation, professionnalisme, disponibilité, attitude d'ouverture, le fait qu'elles n'imposent pas leur façon de faire et qu'elles croient en leur mission );
- la culture d'organisation de Domrémy qui favorise l'ouverture et le partage d'expertise.

Un autre défi important rencontré lors de la mise en place du RISD, défi d'ailleurs encore très actuel, a été identifié par le personnel de Domrémy. Il s'agit de **l'ouverture de Domrémy, tant au plan de l'attitude du personnel qu'au plan de l'organisation des services, à une clientèle plus nombreuse mais aussi plus détériorée (santé mentale et physique).**

Pour ce qui est de l'organisation des services, le RISD exige des ajustements importants sur plusieurs plans. Notamment, du personnel a dû être ajouté pour pouvoir mieux gérer l'ouverture de nouveaux lits nécessaires pour répondre à cette nouvelle demande. Ainsi, Domrémy doit s'ajuster, particulièrement en ce qui a trait à l'organisation de ses services avec hébergement : la définition des rôles et tâches de chacun, l'importance du travail d'équipe et de la communication interne; la rapidité de l'évaluation psychosociale qui doit être accrue, la programmation clinique doit être modifiée pour mettre davantage l'accent sur la stabilisation de l'état physique et de l'état de crise psychosociale. Aussi, tant pour les services avec hébergement que pour les services externes, le travail en partenariat avec les autres ressources prend de l'ampleur avec cette clientèle plus lourde. Il est mentionné qu'il aurait été souhaitable qu'il y ait davantage de formation s'adressant au personnel de Domrémy lors de la mise en place du RISD (i.e. sur les objectifs du RISD, ses impacts pour Domrémy, la gestion clinique des doubles problématiques santé mentale/toxicomanie) pour ainsi favoriser l'ouverture du personnel à ce nouveau service et à l'accueil de cette clientèle plus détériorée.

#### 4.2.2.2 Les retombées positives du RISD

A - Au plan des services à la clientèle

Tant le personnel de Domrémy que le personnel du CHRTR soulignent plusieurs retombées positives du RISD au plan des services à la clientèle. Ainsi, tous s'accordent pour dire que le RISD :

1) favorise chez la personne toxicomane son engagement dans une démarche de changement face à ses problèmes d'alcool et/ou de drogues;
2) permet une meilleure accessibilité aux services de Domrémy, particulièrement à une clientèle plus lourde qui fait face à de nombreux obstacles dans leur processus de demande d'aide (niveau de détresse élevé, incapable de tolérer l'attente, etc.);
3) permet d'offrir à la personne le service adapté à ses besoins, au bon moment.

L'analyse du point de vue du personnel de Domrémy et du CHRTR permet de détailler ces trois principaux avantages au plan des services à la clientèle. Ainsi, on note que ce corridor de services permet d'utiliser une fenêtre d'opportunité, soit un moment de crise, pour favoriser une demande de services qui n'aurait pas eu lieu autrement. Même si le client n'est pas prêt à modifier sa consommation, le RISD peut lui permettre de faire quelques pas dans son processus de changement, notamment une prise de conscience de ses problèmes d'alcool et de drogues. Le fait d'offrir un service en toxicomanie, adapté aux besoins de cette clientèle, favorise un suivi qui peut prévenir l'émergence de crises ultérieures (comportements suicidaires, ivresse au volant, etc.). Même si cette clientèle tend à ne pas persister dans leur démarche, ce contact avec Domrémy est suffisamment significatif pour instaurer un lien de confiance avec le client. Ce lien de confiance pourra favoriser une demande d'aide ultérieure, plus rapide et motivée intrinsèquement.

Aussi, la demande d'aide est plus facile, plus simple et le client est bien orienté, sachant à quoi s'attendre. Il reçoit aussi des services en toxicomanie plus rapidement. La continuité des services s'en trouve améliorée. De plus, le RISD peut permettre de desservir des clients tôt dans leur trajectoire de toxicomanie ou encore des clients qui n'auraient jamais consulté.

Enfin, le meilleur dépistage des problèmes de toxicomanie chez les patients du CHRTR permet d'offrir à un plus grand nombre de personnes des services qui répondent à leurs besoins. Le RISD a favorisé aussi une hausse de la qualité des services à l'hôpital en regard de la toxicomanie et une hausse de la qualité de l'information sur les services offerts à Domrémy aux personnes qui se présentent au CHRTR et qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

B - Au plan organisationnel

Au plan organisationnel, les coordonnateurs de Domrémy notent les avantages suivants :

- la rentabilisation des lits disponibles en hébergement;
- la réduction des coûts pour le système de santé (une journée d'hospitalisation étant plus coûteuse qu'une journée à Domrémy en hébergement);

- la consolidation et le raffermissement des liens de collaboration entre Domrémy et le CHRTR;
- la mise en place d'un réel continuum de services intégrés permettant un niveau de soin adéquat (niveau minimal permettant de répondre de façon optimale aux besoins des usagers), qui évite un surinvestissement de ressources;
- un désengorgement des hôpitaux associé à un meilleur rapport efficacité/coûts, car les services hospitaliers ne sont pas conçus pour répondre de façon efficiente aux besoins de la clientèle toxicomane.

Aussi, le personnel du CHRTR note les avantages organisationnels suivants, découlant du RISD :

- Réduit le temps d'hospitalisation et des séjours à l'urgence étant donné l'accès facilité et rapide aux services de Domrémy;
- Diminue la récurrence des hospitalisations et des séjours à l'urgence;
- Permet de réserver les urgences pour sa mission réelle qui n'est pas la gestion des problèmes psychosociaux;
- Inspire de nouvelles pratiques pour mieux desservir d'autres types de clientèles vulnérables. La possibilité d'instaurer un corridor de services semblable au RISD pour la clientèle suicidaire, entre le CHRTR et les ressources en santé mentale de première ligne, est présentement explorée;
- Permet de mieux identifier les besoins de la clientèle toxicomane du CHRTR et de développer de nouveaux services en collaboration avec Domrémy pour mieux y répondre. Un projet de formation en toxicomanie des intervenants de l'unité de psychiatrie par Domrémy est présentement en élaboration.

C - Au plan des intervenants

Le RISD comporte aussi quelques retombées positives pour le personnel de Domrémy et du CHRTR. De part et d'autres, certains notent une satisfaction à se sentir plus efficace auprès d'une clientèle qui souvent, auparavant, n'obtenait pas d'aide pour leurs problèmes de toxicomanie. Le médecin de Domrémy , observateur-clé du RISD, affirme avoir été témoin de plusieurs retombées positives sur les attitudes du personnel et la qualité du travail effectué. Il souligne que la crédibilité de Domrémy et du personnel de Domrémy, pour les professionnels du CHRTR, s'est construite solidement. Ainsi, il note que les professionnels du CHRTR connaissent mieux les services offerts par Domrémy, les professionnels qui y travaillent et reconnaissent leur expertise en toxicomanie. Cette crédibilité a entraîné des demandes en formation, notamment de la part du département de psychiatrie. Enfin, selon lui, le RISD a contribué à un changement d'attitude du milieu hospitalier face à la toxicomanie, Domrémy ayant su montrer son expertise et l'importance de cette expertise pour bien desservir la clientèle toxicomane. La communication entre Domrémy et le milieu hospitalier se trouve facilitée par ce climat de confiance mutuelle et améliore la continuité des services pour ces deux milieux qui, traditionnellement travaillaient de façon séparée.

Le personnel du CHRTR souligne aussi leur appréciation de ce travail en partenariat. Il est noté que le RISD simplifie et facilite le travail de collaboration. Le personnel a

développé de meilleurs réflexes pour dépister la toxicomanie chez leur clientèle tout en ayant recours aux services de Domrémy. Aussi, le RISD brise l'isolement des intervenants du CHRTR en regard de leur travail clinique auprès de cette clientèle. Ainsi, un intervenant de l'unité de psychiatrie souligne : « On a l'impression qu'on le voit le partenariat dans notre travail de façon très concrète. (…).Tu vois que tu n'es pas le seul soldat dans ton armée. Finalement on est une grosse armée qui travaille dans le même sens. Nous, en psychiatrie, nous vivons parfois une certaine solitude. À travers le RISD, on se sent moins isolés. ». Le personnel infirmier et psychosocial de l'urgence note aussi le sentiment d'être soutenu dans leur travail avec des cas complexes par la présence des infirmières-liaison de Domrémy au CHRTR. Ces intervenants disent être mieux outillés pour répondre aux questions des patients. Ils considèrent leur tâche moins lourde puisqu'ils se sentent plus efficaces et moins seuls et enfin qu'ils se sentent rassurés par la prise en charge psychosociale du patient par Domrémy, notamment en regard de la gestion des comportements à risque pour eux (i.e. tentatives de suicides) et pour les autres (i.e. ivresse au volant).

#### 4.2.2.3 Les aspects contribuant aux retombées positives du RISD

Pour expliquer les retombées positives du RISD, des composantes précises de ce corridor ont été ciblées, conditions ayant assuré, selon le personnel, le succès de ce projet. Les participants révèlent que la **collaboration efficace** sur le terrain, entre le personnel de Domrémy et du CHRTR, constitue l'élément essentiel à la réussite de ce projet. Le **climat de confiance** entre les deux établissements s'avère particulièrement important. Ce climat est notamment facilité par la **présence soutenue** et **l'expertise des infirmières-liaison** de Domrémy au CHRTR. De plus, **le respect par tous du protocole d'entente** assure le respect du rôle de chacun et des droits du patient (droit à la confidentialité, droit de choisir le service qu'il souhaite recevoir, etc.). Enfin, **le contact direct entre le patient et l'infirmière-liaison de Domrémy**, alors qu'il est encore au CHRTR est un élément essentiel assurant le succès de ce projet en terme de qualité, continuité et accessibilité des services.

Voyons maintenant en détails la perception du personnel des deux établissements quant aux composantes expliquant le succès du projet de RISD. Le personnel de Domrémy identifie les aspects suivants :

- Pertinence de l'évaluation par les infirmières de Domrémy au CHRTR déterminant le niveau de soins et le type de services requis (à l'aide d'un outil standardisé : NiD-ÉM 2.0);
- Crédibilité de Domrémy et des intervenants de Domrémy, dont celle des infirmières-liaison qui se déplacent au CHRTR;
- Formulaires de consentement pour la communication entre les intervenants du CHRTR et de Domrémy et le consentement verbal de l'usager à l'hôpital requis pour une rencontre avec l'infirmière de Domrémy : facilite la communication inter-établissement, la continuité dans le respect de la confidentialité et des règles éthiques;
- Présence quotidienne des infirmières-liaison de Domrémy au CHRTR;

- Capacité de ces infirmières à tisser des liens de confiance avec le personnel du CHRTR.

Pour le personnel du CHRTR, ce sont les éléments suivants qui ont permis d'assurer le succès du projet de RISD :

- Respect du protocole d'entente, du rôle de chacun
- Formulaires de consentement qui favorise la communication entre professionnels en assurant le respect de la confidentialité
- Souci par rapport à la confidentialité partagé par tous les intervenants; absence d'attitudes intrusives
- Priorisation de la clientèle du CHRTR pour l'admission à Domrémy / rapidité d'accès aux services de Domrémy
- Disponibilité et rapidité de la réponse des infirmières de Domrémy lorsqu'un client est référé par le CHRTR
- Présence quotidienne de l'infirmière de Domrémy à l'urgence
- Mécanisme du week-end pour compenser l'absence de la présence infirmière (carte avec rendez-vous le lundi)
- Expertise solide et reconnue du personnel de Domrémy qui assure la crédibilité aux yeux du CHRTR, de cette ressource
- Respect des compétences de chacun, désir de travailler en collaboration, de partager son expertise, sans imposer ses façons de faire
- Partage de connaissances continu étant donné l'aspect relationnel enrichissant créé par le contact quotidien avec les infirmières de Domrémy
- Demande de services à Domrémy complétée au CHRTR (enlève un obstacle à la démarche, cette procédure étant souvent perçue comme un obstacle par l'usager; favorise la motivation du patient; permet de mettre en confiance le client et de diminuer l'inconnu)
- Suivi auprès du patient par les infirmières de Domrémy lorsque le patient est hospitalisé suite à un séjour à l'urgence
- Offre de services adéquate aux besoins du client par les infirmières de Domrémy
- Stabilité des infirmières-liaisons dont les compétences et les qualités relationnelles sont reconnues par les intervenants du CHRTR

#### 4.2.2.4 Les retombées négatives du RISD

En ce qui a trait aux retombées négatives du RISD, le personnel du CHRTR n'en voit aucune, alors que quelques éléments préoccupants sont rapportés par le personnel de Domrémy.

Certains intervenants des services externes de Domrémy s'inquiètent de l'accessibilité aux services pour la clientèle moins lourde. Étant donné que le RISD entraîne un alourdissement de la clientèle qui, en outre, est priorisée, ils mentionnent qu'il faudrait éviter de faire trop attendre le reste de la clientèle ou de leur offrir des services de moindre qualité étant donné un manque de ressources. Certains s'inquiètent que leurs problèmes puissent alors s'aggraver. Aussi, des intervenants trouvent dommage que les services avec hébergement soient moins accessibles à la clientèle qui présente des

problèmes moins sévères. Enfin, il est noté par un intervenant que le RISD risque de réduire l'accès aux services psychiatriques lorsque l'usager est pris en charge par Domrémy, ce qui entraîne la fermeture de son lit en psychiatrie, la réadmission en psychiatrie pouvant être difficile. Cette personne pourrait alors être privé d'un suivi psychiatrique plus serré que requiert son état. Enfin, on note une légère préoccupation concernant la possibilité que l'urgence soit utilisée pour obtenir des services plus rapides à Domrémy. Un cas isolé de ce type a été rapporté par le personnel de Domrémy et du CHRTR et on s'entend sur l'importance de bien sensibiliser les intervenants de l'externe pour qu'ils conseillent bien leurs clients et que le RISD soit bien utilisé pour une clientèle vivant réellement une urgence nécessitant une visite au CHRTR.

On note également que le RISD affecte significativement la tâche des intervenants de Domrémy et que plusieurs trouvent difficile cet ajustement. Ainsi, la clientèle rejointe au CHRTR semble présenter davantage de troubles de personnalité. Cette clientèle, qui représente un défi clinique, tend à susciter des conflits entre les intervenants. Aussi, la lourdeur de la clientèle exige qu'une plus grande place soit accordée, en hébergement, aux interventions visant une stabilisation de leur état via une réponse à leurs besoins de base (sevrage, logement, etc.). Certains intervenants, qui voient leur tâche modifiée, se sentent moins satisfaits et valorisés par ce type de travail par rapport à un travail davantage psychosocial. Ils réalisent la nécessité de diminuer leurs attentes face à cette clientèle qui tend à être plus lourde, car le travail thérapeutique avec eux peut parfois s'avérer frustrant. Ils ont l'impression d'amorcer un travail thérapeutique très court sans avoir la satisfaction d'en connaître les résultats. Le médecin de Domrémy perçoit positivement ces ajustements, jugés par lui nécessaires pour mieux desservir cette clientèle.

#### 4.2.2.5 Suggestions pour améliorer le RISD et les services offerts

Les suggestions pour améliorer le RISD et les services offerts se regroupent en deux catégories : 1) L'amélioration du fonctionnement du RISD mis en place actuellement, suggestions principalement énoncées par le personnel de Domrémy; et 2) le développement des services auprès de la clientèle toxicomane du CHRTR qui est maintenant de mieux en mieux dépistée, suggestions apportées principalement par le personnel du CHRTR qui aimerait voir cette collaboration avec Domrémy s'intensifier davantage.

A - L'amélioration du fonctionnement du RISD actuellement mis en place

En vue d'améliorer le fonctionnement du RISD actuellement mis en place, les suggestions suivantes ont été formulées par le personnel de Domrémy :

- Il serait souhaitable d'améliorer le fonctionnement du corridor de services dans le sens de Domrémy vers le CHRTR (ex. : amélioration du suivi d'une référence de Domrémy au CHRTR via un mécanisme de rétroaction; amélioration de la continuité des services, notamment quand un patient référé par Domrémy se voit donner son congé par l'hôpital);
- Amélioration du travail en partenariat avec cette clientèle qui présente des problèmes multiples (formation des intervenants à l'initiation de plans de services

individualisés; mises à jour régulières de la liste des partenaires des milieux communautaires dont la qualité des services est reconnue, etc.);

- Améliorer la communication et la cohésion entre les services avec hébergement et les services externes de Domrémy;
- Fournir de la formation et un soutien clinique aux intervenants de Domrémy qui doivent desservir une clientèle plus lourde :
  - outiller les intervenants en hébergement à gérer les défis cliniques au quotidien que suscitent cette clientèle avec troubles de personnalité (requiert davantage un soutien clinique pour gérer les situations difficiles qu'une formation théorique);
  - formation/soutien adaptés à la réalité de l'hébergement : courtes durées de séjour, 24/7);
  - formation sur la double problématique santé mentale/ toxicomanie pour favoriser davantage une attitude d'accueil face à cette clientèle par l'ensemble du personnel de Domrémy, clientèle qui peut susciter des peurs ou être associée à des tabous étant donné le manque de connaissances.

Le personnel du CHRTR a également énoncé quelques pistes d'amélioration du fonctionnement du RISD mis en place actuellement :

- présence d'une infirmière de Domrémy au CHRTR les week-end et les jours fériés;
- possibilité que l'infirmière de Domrémy qui intervient au CHRTR puisse mettre une note au dossier (du CHRTR) de l'usager pour améliorer la communication.

B - Le développement des services auprès de la clientèle toxicomane du CHRTR

Le personnel du CHRTR, très intéressé à développer davantage la collaboration avec Domrémy, a formulé plusieurs suggestions :

- présence mensuelle des intervenants de Domrémy sur l'unité de soins psychiatriques pour sensibiliser les patients à la problématique de toxicomanie et les informer des services offerts par Domrémy;
- disponibilité des intervenants de Domrémy pour des discussions de cas cliniques (gestion des crises, comme les cas de psychoses toxiques, enrichissement de la compréhension de la problématique du client, favoriser la continuité des soins, favoriser la double expertise au sein de l'équipe d'intervenants en psychiatrie, favoriser des références à Domrémy);
- formation du personnel du CHRTR par Domrémy sur les interactions entre la médication et les effets des drogues de rue;
- formation au plan de l'intervention motivationnelle (ces formations favoriseraient une plus grande ouverture du personnel face à cette clientèle qui fait encore beaucoup l'objet de préjugés);
- développement de services plus adéquats en collaboration avec la psychiatrie du CHRTR, pour mieux desservir la clientèle qui souffre de troubles mentaux sévères et persistants (services mieux adaptés qui favorisent l'accès et la persistance en traitement);

- travail de sensibilisation auprès des intervenants du CHRTR oeuvrant sur les unités de soins (autres que l'urgence) pour améliorer le dépistage des usagers à référer à Domrémy (pourrait se faire via une rencontre de chefs de services);
- importance du financement des ressources communautaires partenaires qui offrent de l'hébergement de crise pour cette clientèle;
- mettre en place un mécanisme lors de la référence d'un client de Domrémy à l'urgence pour que l'évaluation de Domrémy soit prise en compte au triage et par le médecin de l'urgence (la possibilité d'une rencontre avec le médecin de Domrémy pour sensibiliser les médecins du CHRTR à la grille d'évaluation du Nid-EM utilisée par les infirmières de Domrémy est discutée);
- améliorer le monitoring, par le CHRTR, des orientations vers Domrémy pour être en mesure de constater et de documenter rapidement les besoins de ressources supplémentaires pour répondre adéquatement aux besoins des clients; ces ressources nécessaires devraient augmenter à mesure que le dépistage devient plus efficace.

### 4.2.3 Synthèse du deuxième axe d'évaluation : le point de vue des coordonnateurs et intervenants

Le personnel de Domrémy et du CHRTR dresse un bilan positif concernant les retombées du RISD. Depuis la mise en place du RISD, ils perçoivent :

- Une utilisation plus efficiente des ressources en optimisant l'utilisation des places en hébergement à Domrémy et en diminuant le temps d'hospitalisation et la récurrence des hospitalisations pour les usagers présentant des problèmes de consommation.
- Un meilleur dépistage des problèmes de consommation chez la clientèle du CHRTR ainsi qu'un meilleur accès aux services de réadaptation en toxicomanie, un plus grand engagement de la clientèle dans leur processus de réadaptation et une meilleure réponse à leurs besoins.
- L'actualisation d'un réel continuum de services intégré inter-établissements, dans une perspective de hiérarchisation des soins.
- Le développement d'une confiance mutuelle entre le personnel des deux établissements et l'ouverture de Domrémy à accueillir une clientèle présentant des problématiques plus lourdes et plus complexes.
- Le développement d'un sentiment de compétence chez les intervenants de Domrémy et du CHRTR qui se sentent plus efficaces, plus crédibles, mieux outillés, mieux soutenus et moins isolés.

L'ensemble de ces retombées positives est attribué à l'expertise des infirmières-liaisons de Domrémy et à leur présence soutenue auprès des usagers en CH et du personnel du CHRTR, ainsi qu'à la qualité de la collaboration et de la confiance établie entre Domrémy et le CHRTR.

Au plan des retombées négatives, elles sont principalement nommées par le personnel de Domrémy :

- Ils perçoivent une diminution de la rapidité d'accès aux services de réadaptation en toxicomanie pour les usagers moins détériorés.
- Ils craignent un désengagement ou une absence d'engagement des services en santé mentale auprès de la clientèle momentanément prise en charge par Domrémy pour ses problèmes de consommation dans le cadre du RISD.
- Ils ont le sentiment de faire un travail moins valorisant auprès d'une clientèle plus complexe qui présente des améliorations moins marquées.

Au plan des améliorations souhaitées par les intervenants de Domrémy et du CHRTR, on note :

- Le développement de compétences en matière de troubles concomitants toxicomanie – troubles mentaux.
- L'élargissement du partenariat, hors des sentiers du RISD, pour travailler de façon intégrée et continue auprès des usagers présentant des troubles concomitants.
- Une amélioration de la concertation intra et inter-établissement pour assurer une plus grande continuité et cohérence au niveau des interventions.
- La généralisation des pratiques de dépistage en matière de toxicomanie à l'ensemble des départements du CHRTR.

En somme, le RISD est perçu globalement comme étant une expérience positive. Néanmoins, cette expérience d'implantation du RISD comporte des défis importants aux plans de la formation et de l'organisation des services. Par ailleurs, cette évaluation permet de cibler des pistes de développement de services adaptés pour cette clientèle qui présente des besoins spécifiques.

## 4.3 Le point de vue des usagers rencontrés dans le cadre du RISD

Abordons maintenant le troisième axe de cette évaluation du RISD, soit l'analyse du point de vue des usagers ayant été rencontrés par l'infirmière-liaison de Domrémy lors de leur visite au CHRTR.

### *4.3.1 Méthodologie*

#### 4.3.1.1 Objectifs

Pour évaluer le projet de réseau intégré de services en désintoxication (RISD), il s'avère aussi important de comprendre comment les personnes ayant expérimenté ce corridor de services ont vécu leur expérience, ce qu'elles ont pensé des services reçus et de l'impact de ces services sur leur démarche.

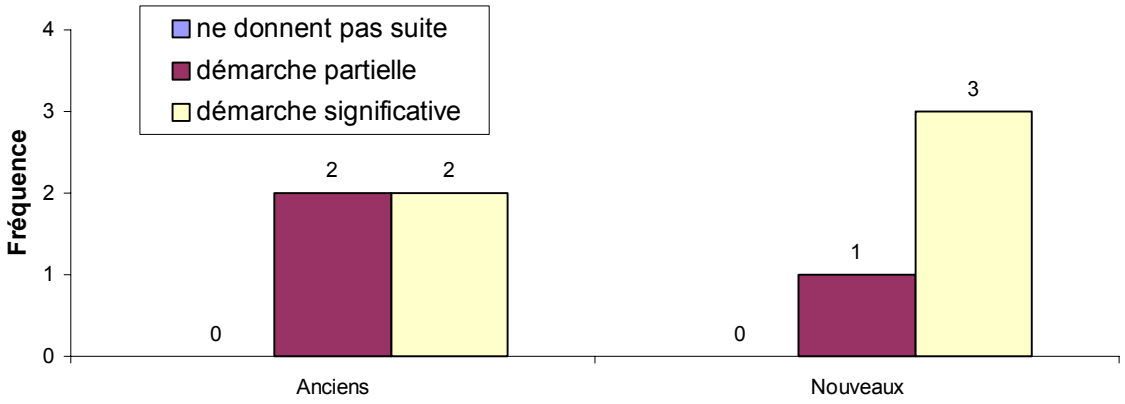
Ainsi, ce volet de l'évaluation du RISD vise à explorer la perspective subjective des usagers quant au projet de RISD, en vue de dégager le bilan que dressent ces informateurs clés à partir de leur expérience personnelle du corridor de services entre Domrémy MCQ et le CHRTR. Plus précisément, il est visé d'explorer : 1) les déclencheurs de leur épisode de soins au CHRTR où ils ont été rencontrés par l'infirmière-liaison de Domrémy; 2) les aspects des services considérés satisfaisants et

aidants; 3) les aspects insatisfaisants de ces services ou les obstacles rencontrés; 4) l'impact du RISD sur leur démarche de réadaptation; et 5) leurs suggestions pour améliorer les services qu'ils ont reçus.

#### 4.3.1.2 Participants

Au mois de janvier 2005, un liste des 50 personnes ayant été rencontrées au CHRTR par l'infirmière-liaison de Domrémy, entre le 9 août 2004 et le 17 décembre 2004, a été constituée. Cette période récente a été choisie pour favoriser la probabilité de rejoindre ces personnes qui tendent à vivre de l'instabilité et qui sont donc plus difficiles à rejoindre. Aussi, comme leur passage au CHRTR est récent, il était attendu que leur mémoire de leur expérience vécue favoriserait la cueillette d'une information riche et pertinente. Notons qu'il était impossible de rejoindre ceux ayant été rencontrés par l'infirmière de Domrémy, mais ayant refusé les services, leurs coordonnées n'étant pas disponibles.

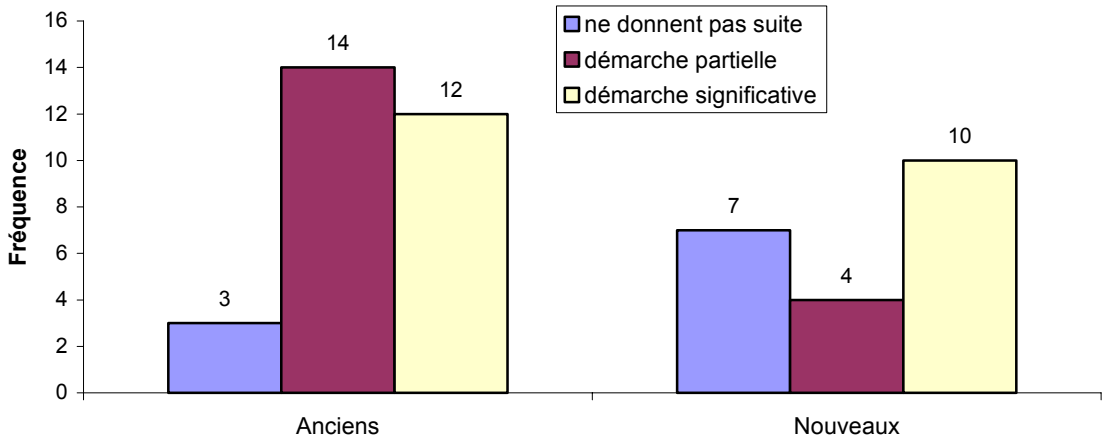
**Figure 18 - Trajectoire de services des participants à l'évaluation du RISD**




Une intervenante de Domrémy a tenté de rejoindre l'ensemble des 50 personnes durant les mois de janvier et février pour solliciter leur participation à l'évaluation du RISD. Quinze personnes ont été rejointes : 2 ont refusé d'être rencontrées, 13 ont accepté et ont pris rendez-vous avec l'intervenante et 8 d'entre elles se sont présentées à leur rendez-vous. Notons que pour 11 personnes, les coordonnées pour les rejoindre n'étaient plus valides et il était impossible de les rejoindre, ce qui illustre l'instabilité de cette population. Pour les 24 autres, il n'y avait pas de réponse ou la personne était absente.

Parmi les 8 participants à l'évaluation du RISD, la moitié d'entre eux avaient déjà un dossier à Domrémy (anciens usagers) lorsqu'ils on été rencontrés au CHRTR alors que pour l'autre moitié, la rencontre avec l'infirmière de Domrémy au CHRTR était leur premier contact avec Domrémy (nouveaux usagers). On retrouve leur trajectoire de services à la figure 18. On note qu'on n'a pu rejoindre ceux n'ayant pas donné suite à leur démarche. La trajectoire de services des 50 personnes sollicitées se trouve à la figure 19. Enfin, les huit participants (3 femmes et 5 hommes) ont entre 24 et 62 ans (moyenne = 41,6 ans).

**Figure 19 - Trajectoire de services des 50 personnes sollicitées pour participer à l'évaluation du RISD**




#### 4.3.1.3 Collecte de données

Une entrevue individuelle semi-structurée d'une durée de 45 minutes a été réalisée par une intervenante de Domrémy et enregistrée sur bande audio-numérique (voir la grille d'entrevue à l'annexe 5).

#### 4.3.1.4 Analyses

Une analyse thématique du contenu manifeste, à partir des enregistrements audio des entrevues, a été réalisée. Cette analyse a permis de dégager, pour les huit participants, 1) les déclencheurs de leur épisode de soins au CHRTR, 2) les aspects des services considérés satisfaisants et aidants, 3) les aspects insatisfaisants et les obstacles rencontrés, 4) l'impact du RISD sur leur démarche et 5) leurs suggestions quant à l'amélioration des services. Les différents thèmes relevés ont été comptabilisés pour permettre de rendre compte d'un portrait juste de la perspective subjective de l'ensemble des participants.

#### 4.3.1.5 Considérations éthiques

Les participants ont signé un formulaire de consentement de façon libre et éclairée. Ils ont été informés qu'ils pourraient refuser de participer ou se retirer de ce projet d'évaluation à n'importe quel moment et que leur décision n'affecterait en rien les services qu'ils pourraient recevoir à Domrémy ni n'entraînerait aucune conséquence ou perte d'avantages. Pendant la durée du projet d'évaluation, les enregistrements audio-numériques sont sauvegardés dans un répertoire de base de données informatisé de Domrémy MCQ auquel seule la psychologue chargée de l'évaluation (Karine Bertrand, Ph.D.) a accès, par mot de passe. Ces enregistrements sont dénominalisés et identifiés par un numéro de dossier par la psychologue chargée de l'évaluation. L'ensemble de ces données seront détruites cinq ans après la fin du projet. Aucune information permettant d'identifier le participant ne sera divulguée dans tout rapport écrit ou communication orale pouvant résulter de cette évaluation. Une compensation de 10$ leur a été remise pour leur participation, pour assurer les frais de transport, gardiennage, etc.

### *4.3.2 Résultats*

#### 4.3.2.1 Les déclencheurs ayant mené à l'épisode de soins au CHRTR

Voyons les déclencheurs ayant mené à l'épisode de soins au CHRTR. Les huit participants rapportent avoir été amenés à l'urgence dans un contexte de détresse psychologique élevée. Plus précisément, on retrouve les déclencheurs suivants :

- idées suicidaires (2/8),
- tentative de suicide (2/8),
- surdose ou consommation excessive d'alcool et/ou de médicaments (3/8)
- épisode psychotique (1/8).

Cinq participants sont arrivés à l'urgence avec un proche, deux y ont été amenés par des policiers et une participante s'est présentée seule. Tous étaient sous l'effet d'alcool ou de drogues au moment de leur entrée à l'urgence. Pour cinq d'entre eux, la détresse est associée à un ou des événement(s) de vie liés à des pertes, le plus souvent le décès d'un proche et une rupture amoureuse.

En somme, typiquement, les participants vivent des problèmes d'alcool et/ou de drogues depuis un certain temps et un événement de vie difficile vient exacerber leur déprime et les mène à des idées suicidaires omniprésentes ou à une tentative de suicide. Par exemple, Jacques[2], explique comment il s'est retrouvé à l'urgence, quelques jours après le décès d'un proche, alors qu'il s'était séparé de sa conjointe quelques mois plus tôt :

> *«Ce qui m'a amené là, c'est la déprime, le suicide. (...) J'tais tanné, j'voulais m'en aller. (...) J'ai tenté de me suicider cette journée là. (...) J'ai appelé à SOS suicide. Ils m'ont envoyé la police pis les ambulances. J'voulais pas ça. J'ai compris par après que c'est ça que j'avais besoin.»*

Aussi, certains récits, comme celui de Thérèse, illustrent une consommation excessive de substances, sans que ce ne soit une tentative de suicide planifiée :

> *«C'tait une dépression que j'faisais, pis j'me garochais dans le vin. J'buvais du vin, pis j'allais me coucher. Pis je buvais du vin, pis j'allais me coucher (...). J'dormais 20 heures par jour. J'tais pu capable de marcher. J'mangeais pu. ».*

#### 4.3.2.2 Les aspects des services ayant été appréciés et considérés aidant

Globalement, les participants rapportent être satisfaits des services reçus dans le cadre du RISD et précisent plusieurs aspects qu'ils ont particulièrement appréciés et qui les ont aidés à cheminer.

[2] Les noms sont fictifs

Tous les participants ont rapporté des aspects satisfaisants et aidants reliés à la visite de l'infirmière de Domrémy alors qu'ils étaient au CHRTR. Les quatre aspects les plus fréquemment cités sont les suivants :

- Les qualités relationnelles de l'infirmière (6/8);
- le fait que cette visite facilite leur demande de services à Domrémy (6/8);
- le sentiment que Domrémy est la bonne ressource qui leur est offerte pour répondre à leurs besoins (5/8);
- la rapidité du transfert entre le CHRTR et Domrémy (4/8).

Les autres aspects appréciés liés à la visite de l'infirmière de Domrémy au CHRTR sont les suivants :

- le contexte confidentiel de la rencontre (2/8);
- la qualité de l'information et de la documentation reçues sur les services (2/8);
- le moment ou «timing» de la rencontre (2/8);
- la durée de la rencontre –« elle prend le temps »- (1/8);
- la prise de conscience par une participante qu'elle a un problème d'abus de médicaments (1/8).

Voyons plus en détails comment les participants expliquent leur appréciation de la rencontre avec l'infirmière de Domrémy alors qu'ils étaient aux CHRTR.

Les qualités relationnelles de l'infirmière de Domrémy rencontrée au CHRTR. Ainsi, les participants ont souligné la disponibilité, l'ouverture, la chaleur humaine, la gentillesse et l'expertise de l'infirmière de Domrémy qui les a rencontrés. Alain souligne :

> *« On ne se sent pas comme un numéro. Parce que je l'ai rencontré durant la dernière semaine de mon séjour (en hébergement à Domrémy). Pis elle m'a dit : 'T'as repris des couleurs, ça va bien'. Tsé, elle se souvenait de moi. Je me suis dit, crime, je ne suis pas un numéro. Tsé, ils veulent vraiment aider le monde ».*

Demande d'aide facilitée. Aussi, la visite de l'infirmière est bien souvent perçue comme un élément crucial ayant permis une demande d'aide à Domrémy. Pour certains, très ambivalents face au changement, cette visite comporte un aspect motivationnel important. Par exemple, Thérèse mentionne :

> *«Elle (l'infirmière) me dit : 'seriez-vous d'accord pour aller à Domrémy? (…). J'tais pas d'accord pour arrêter de boire là. Pis je voulais guérir. J'ai dit ben oui. (…). Pis tsé, dans ma tête, je vais recommencer à boire. Mais, je suis orgueilleuse (…), faque j'ai pas recommencé pis j'y ai pas retouché (…). Une fois ma décision faite, j'avais hâte de rentrer. Fière de moi. Fière de (nom de l'infirmière de Domrémy). Faut croire qu'elle m'a bien approchée».*

Le témoignage d'Alain va dans le même sens :

> *« Moi, je serais jamais allé à Domrémy direct. J'ai rencontré une infirmière à l'hôpital qui m'a parlé de comment ça fonctionnait Domrémy. Ça m'a donné une certaine confiance. (…). De rencontrer quelqu'un de spécialisé à l'hôpital, me*

*dire, il n'y a pas rien que toi qui est de même. Te déstresser. Te dire qu'il y a du monde spécialisé là-dedans pour te donner un coup de main. Pas te faire peur, là (…). Parce que quand t'arrives à l'hôpital, pis que t'es tout défait, désintox…. Hééé, c'est un très gros mot. Hééé, ce sera pas facile. Sauf que la manière qu'elle te le présente, c'est sûr que c'est pas une académie de vacances, sauf que, ouais, c'est rien qu'un saut à faire. J'tais sensé rentrer deux semaines (services avec hébergement de Domrémy) et j'ai fait trois semaines. Ça m'a fait très du bien ».*

Aussi, plusieurs mentionnent que leur état dépressif faisait obstacle à une demande d'aide. Ainsi, Mario mentionne :

*« Domrémy, je connaissais ça, parce que j'avais déjà arrêté de boire il y a peut-être 20 ans. Mais c'est quelque chose que je pensais pas dans ma dépression (…). C'est là que (nom de l'infirmière de Domrémy) est arrivée le matin. Là, oups, j'ai comme catché. C'est vrai, Domrémy, ça peut m'aider».*

Yvan abonde dans le même sens :

*« Quand on fait une dépression, on y pense pas personnellement, ça prends d'autres gens pour… ces gens-là, dans les hôpitaux, à Domrémy, ils sont là ».*

<u>Domrémy : la bonne ressource offerte au bon moment.</u>
De plus, cinq usagers précisent que Domrémy constituait la bonne ressource qui correspondait à leurs besoins. Par exemple, Alain explique :

*«Ça été super (la visite de l'infirmière), parce que je ne me voyais pas en psychiatrie ou quelque chose de même, je ne suis pas un fou. C'est pas ça. J'avais besoin de l'aide pour mon problème de boisson et de consommation. Le fait de rencontrer quelqu'un que c'est son domaine…ça fait tabarnouche, ouin ».*

Deux témoignages de participants mettent en lumière que cette offre de services par l'infirmière de Domrémy est arrivée dans un moment-clé de leur vie. Ainsi, Alain précise :

*« J'avais juste le goût de me suicider, pis elle m'a parlé de vos services (…). J'étais sur la marche arrière, ça me tentait pas plus qu'il faut. Mais il fallait que je règle mon problème. J'serais pas là aujourd'hui. J'aurais pas passé l'hiver. Surtout avec les pensées que j'avais».*

Quant à Thérèse, elle explique qu'avant son entrée à l'urgence, les conseils répétitifs de son médecin qui tentait de l'inciter à appeler Domrémy n'avaient pas suffi à déclencher une demande d'aide de sa part :

*« J'tais pas prête. Il (son médecin) me disait 't'as juste à me lâcher un coup de fil, pis je vais communiquer avec eux-autres et ils vont t'appeler tout de suite. Ça passé proche une fois que je l'appelle, mais non, j'tais pas prête. Dans le fond, ça été une bonne affaire ma dépression. (…) ».*

C'est suite à la visite de l'infirmière qu'elle accepte d'entamer une démarche à Domrémy, en interne.

Rapidité du transfert entre le CHRTR et Domrémy. Aussi, la moitié des participants ont souligné avoir apprécié la rapidité du transfert entre le CHRTR et Domrémy. Trois des quatre participants faisaient référence à leur transfert en hébergement à Pointe-du-Lac, alors que le quatrième faisait référence à la rapidité de son premier rendez-vous en externe suite à sa sortie du CHRTR. Mario explique :

> *« Elle s'est assurée qu'aussitôt que je sorte de l'hôpital, j'aie tout de suite une place à Domrémy. C'est ça que j'ai aimé, que j'ai pas eu de contact avec l'extérieur. J'avais pu d'identité, j'avais pu d'état d'âme, j'avais pu rien. Le temps que j'étais à l'hôpital, j'pensais à ça, je me disais, je vais me retrouver, tsé. Autrement dit, j'avais un plan, tandis qu'avant, j'avais pas de plan, c'était le vide ».*

Pour Jacques, le RISD lui a permis de reprendre contact avec son intervenant en externe à Domrémy. Il avait abandonné sa démarche suite à une rechute. Il explique :

> *«Le fait de rencontrer l'infirmière de Domrémy à l'hôpital, ça m'a poussé à y aller voir (nom de son intervenant à l'externe) encore ».*

Jacques a particulièrement apprécié que son rendez-vous avec son intervenant de Domrémy externe se déroule la même journée que sa sortie de l'hôpital.

Autres aspects appréciés. Enfin, d'autres services du CHRTR et de Domrémy, faisant partie intégrante du RISD, ont été appréciés. Étant donné la variété des trajectoires de services, les sources de satisfaction sont multiples. Notamment, il est mentionné par certains participants qu'ils se sont sentis bien encadrés et évalués par le personnel du CHRTR, dont les qualités relationnelles ont été soulignées. Pour une participante, le fait d'être référée à l'infirmière de Domrémy par le médecin de l'urgence a été un élément important dans son cheminement. Deux participants ayant séjourné en psychiatrie ont apprécié particulièrement les ateliers de groupe quotidiens portant sur différents thèmes comme l'affirmation de soi. La moitié des participants ont décrit leur séjour en hébergement comme étant particulièrement aidant, spécifiquement concernant ces aspects : les qualités relationnelles du personnel (4/4), la stabilisation physique (sommeil, nourriture, repos, etc.) (3/4), l'aide pour faire diverses prises de conscience (3/4), l'acquisition d'un « coffre à outils» ou l'apprentissage de diverses stratégies pour gérer sa consommation, s'affirmer, gérer sa colère, etc. (3/4), l'aide pour retrouver son estime de soi (2/4), la structure (1/4), la beauté des lieux (1/4), etc. Au plan des services externes de Domrémy, on note que les qualités relationnelles des intervenants et l'aide reçue pour faire des prises de conscience, notamment quant aux raisons menant à rechuter, ont été particulièrement appréciées.

#### 4.3.2.3 Les aspects insatisfaisants des services et les obstacles rencontrés

Sept participants rapportent certains aspects insatisfaisants liés aux services reçus dans le cadre du RISD. Ces aspects, beaucoup moins nombreux que les aspects satisfaisants, sont variés, reflétant l'expérience individuelle de chacun. Aucun consensus n'émerge de l'analyse de ces données.

Pour ce qui est de la visite de l'infirmière-liaison de Domrémy au CHRTR, trois participants perçoivent que cette visite survient trop tôt suite à leur arrivée à l'urgence. Jacques aurait souhaité que la rencontre avec l'infirmière de Domrémy se déroule plus tard, compte tenu qu'il a séjourné en psychiatrie :

> *« Les soins de Domrémy, il faut pas que ce soit dans les premières journées que t'arrives là, parce que t'es pas mal amoché des fois. Tu comprends rien de ce qu'ils te disent. T'es assez sur les pilules (…). Ça devrait être à partir de la deuxième semaine (d'hospitalisation). La première semaine, t'es là, t'écoutes, t'as l'impression de te foutre d'eux autres ».*

Dans le même sens, Mario, bien qu'il ait « bien aimé la tactique de Domrémy d'envoyer une infirmière à l'hôpital », souligne :

> *« C'est vague comment elle me l'a expliqué, parce que j'étais dans les vapeurs, mais quand j'ai entendu Domrémy, je le connaissais… mais quelqu'un qui connaît pas Domrémy… peut-être essayer de donner plus d'explications ou de donner un rendez-vous plus tard ».*

Quant à elle, Lise mentionne :

> *« Quand l'infirmière vient nous voir à l'urgence, on est encore tout branché, on vient juste de faire notre geste, j'trouve qu'on est pas en mesure de faire notre décision claire et éclairée. J'sais pas si j'aurais été à Pointe-du-Lac si elle m'avait pris une journée plus tard.».*

Par ailleurs, Lise note aussi que cette visite a contribué à sa prise de conscience de son abus de médicaments qu'elle dit avoir arrêté depuis, mais elle a l'impression d'avoir pris la place de quelqu'un d'autre en hébergement puisqu'elle a mis fin à son séjour après 3 jours.

Pour ce qui est des services avec hébergement de Domrémy, quatre participants nomment six sources d'insatisfaction variées, chaque aspect insatisfaisant n'étant identifié que par un seul participant : des stratégies pour éviter la rechute non adaptées à sa situation (boit seule à la maison et est mariée à un alcoolique); un sevrage difficile et trop rapide au début du séjour; délai trop long (2 à 3 jours) avant de rencontrer individuellement un intervenant lors du début du séjour; l'interdiction de recevoir des visites; le matériel utilisé dans les rencontres de groupe déjà vu lors d'un séjour précédant; le fait de ne pas

se sentir à sa place parmi les alcooliques et du fait que l'abus de médicaments est peu abordé dans les groupes.

Au plan des services externes, trois participants ont identifié chacun un aspect insatisfaisant : l'absence de relance suite à un rendez-vous manqué, l'horaire des rencontres de groupes (conflit d'horaire avec son emploi) et le type de services en externe offert durant la période de 5 jours d'attentes pour aller en hébergement ne répondant pas aux besoins (rencontre de groupe dans lequel plusieurs ne souhaitent pas arrêter leur consommation et qui peuvent même s'en vanter selon le participant).

Enfin, deux participants nomment trois sources d'insatisfaction liées aux services du CHRTR : la difficulté à prendre un rendez-vous avec son psychiatre (suivi externe); l'intervention d'une intervenante sociale qui l'a fait craindre de perdre la garde de ses enfants; l'impression que les prescriptions de médicaments ne correspondent pas à ses besoins.

#### 4.3.2.4 Impact du RISD sur la démarche de réadaptation

Pour les quatre participants dont le RISD est le premier contact avec Domrémy

Pour quatre participants, la visite de l'infirmière-liaison de Domrémy au CHRTR constitue le premier contact avec Domrémy. Trois d'entre eux ont été transférés directement au centre avec hébergement de Domrémy suite à leur entrée à l'urgence ou à leur séjour en psychiatrie, alors que le quatrième a entamé un suivi en externe immédiatement suite à sa sortie d'un séjour en psychiatrie (1 semaine).

Voyons en résumé le cheminement de ces quatre participants. Thérèse a complété un séjour de trois semaines en hébergement et a refusé de poursuivre en externe, car elle n'en ressentait pas le besoin. Elle est abstinente d'alcool depuis son arrivée à l'urgence du CHRTR environ 4 mois plus tôt. Alain a complété un séjour en hébergement à Domrémy suite à son passage à l'urgence et a reçu cinq heures de services en externe à Domrémy. Il est abstinent depuis sa visite à l'urgence du CHRTR il y a 5 mois et considère qu'il n'a plus besoin des services de Domrémy. Quant à Hélène, qui souffre de schizophrénie, elle continue son suivi externe à Domrémy, mais consomme toujours de 5 à 6 bières quotidiennement. Elle est consciente que sa consommation d'alcool nuit à l'efficacité de ses médicaments et fait des efforts pour la diminuer. Enfin, Yvan a entamé un suivi externe à Domrémy suite à son séjour en psychiatrie d'une semaine au CHRTR. Il continue de voir un psychologue de Domrémy à chaque semaine, en plus de participer à une thérapie de groupe hebdomadaire offerte également par Domrémy. De plus, il fréquente les meeting AA quotidiennement et continue de voir son psychiatre une fois aux trois mois.

En somme, pour ces quatre usagers qui n'étaient pas connus de Domrémy, il semble que la visite de l'infirmière-liaison de Domrémy au CHRTR ait été un point tournant les ayant mené à entamer et poursuivre (avec ou sans service) une démarche pour modifier ou arrêter leur consommation de substances. Il apparaît également que le RISD a permis de faciliter l'accès aux services de cette clientèle à un moment clé de leur trajectoire, ce

qui leur a ainsi évité d'aggraver leur trajectoire de consommation et les conséquences qui s'y rattachent avant d'obtenir des services.

Pour les quatre participants déjà connus de Domrémy avant leur contact avec le RISD
L'impact du RISD sur le cheminement des participants déjà connus de Domrémy au moment de leur visite au CHRTR semble différer, du moins pour deux d'entre eux dont la récurrence des difficultés est mis en lumière par leur témoignage.

Ainsi, Lise ne s'est pas présentée à son premier rendez-vous pour son entrevue de la présente évaluation du RISD, car elle était hospitalisée en psychiatrie. Suite à la visite de l'infirmière de Domrémy, elle mentionne avoir réalisé son problème de médicaments et avoir réglé ce problème, même si elle n'est demeurée que trois jours en hébergement à Domrémy. Par ailleurs, c'est pour ses affects dépressifs qu'elle a de nouveau été hospitalisée, expérience fréquente durant les cinq dernières années pour cette participante qui affirme devoir composer avec un trouble de personnalité limite. Quant à Jacques, il s'est présenté à l'urgence alors que son dossier était toujours ouvert à Domrémy où il avait déjà entamé une démarche. Son témoignage illustre la très grande difficulté que constitue le fait de demander de l'aide pour ces personnes qui souffrent de troubles mentaux concomitants à leur toxicomanie :

> *« J'ai fait une rechute et je me trouvais coupable. Avec cette rechute là, je me suis dit que je ne méritais pas ces soins là. (….) J'me dit que si j'y conte ça (à son intervenant), il va être en maudit après moi (…) il veut que je m'en sorte. (…) J'aurais aimé ça qu'il s'informe de ce qui m'est arrivé. (…) Quand j'ai une rechute, j'y va pu. Pis là, quand ça va ben, ben, ben mal, j'y retourne »*

Jacques s'est donc retrouvé à l'urgence suite à une tentative de suicide. La visite de l'infirmière lui a facilité la reprise de contact avec son intervenant en externe. Au moment de l'entrevue de recherche, il ne s'est pas présenté depuis un mois à son rendez-vous, car il a fait une rechute qui a duré deux jours il y a de cela deux semaines.

Pour Marc et Mario, le RISD leur a permis d'entreprendre une seconde démarche à Domrémy qui semble donner des résultats. Ainsi, Mario avait réglé son problème d'alcool avec l'aide de Domrémy dans le passé. Suite à une rupture amoureuse, il fait une rechute de sa consommation d'alcool et se trouve à jouer dans les machines, problème qui perdurait depuis longtemps. Sa visite à l'urgence aura été le déclencheur d'une démarche pour son problème de jeu, démarche qu'il poursuit actuellement en externe, suite à son séjour avec hébergement à Domrémy. Enfin, Marc avait déjà complété un séjour en hébergement à Domrémy en 2003 pour ses problèmes de consommation. Il rapporte que le décès de son père a suscité sa rechute qui l'a conduit à l'urgence étant donné une surdose d'alcool et de médicaments. Depuis sa visite à l'urgence, il est abstinent d'alcool et de drogues. Il a complété son séjour en hébergement à Domrémy et ne ressent pas le besoin de poursuivre en externe.

En somme, ces témoignages illustrent deux impacts différents du RISD pour les participants qui étaient déjà connus de Domrémy au moment de leur visite à l'urgence.

On retrouve d'une part une clientèle récurrente qui souffre de troubles mentaux persistants. Le RISD facilite l'accès aux services de Domrémy pour obtenir de l'aide concernant leurs problèmes de substances, tout en favorisant une certaine continuité des services, sans pour autant résoudre la persistance de leurs troubles mentaux. D'autre part, on retrouve aussi le témoignage de deux autres participants qui illustre la nécessité, pour de nombreux usagers, d'avoir recours à plusieurs épisodes de soins pour vaincre leur dépendance. Le RISD semble leur avoir facilité la continuité entre ces épisodes de soins.

#### 4.3.2.5 Les suggestions des participants pour améliorer les services

Cinq participants ont formulé des suggestions pour améliorer les services alors que les trois autres ont mentionné avoir été satisfaits des services reçus et ne pas voir comment ceux-ci auraient pu l'être davantage. Aucune suggestion, sauf une, n'a été citée par plus d'un participant. Ce constat reflète, d'une part, la diversité des cheminements et des besoins et, d'autre part, la perception générale des participants convergeant vers un niveau élevé de satisfaction face aux services reçus dans le cadre du réseau intégré de services en désintoxication (RISD).

Pour ce qui est de la visite de l'infirmière-liaison de Domrémy au CHRTR, un participant suggère :

- d'attendre que le patient soit admis en psychiatrie pour le rencontrer, plutôt que de le faire à l'urgence.

Quant aux services offerts sur l'unité de psychiatrie du CHRTR, un participant suggère :

- la mise sur pied d'un groupe hebdomadaire sur la toxicomanie, sur l'unité de psychiatrie, animé par un intervenant de Domrémy (suggéré par deux participants);
- une surveillance plus efficace de la consommation d'alcool et de drogues des patients durant leur séjour en psychiatrie;
- une plus grande fréquence des rencontres avec le psychiatre;
- une plus grande disponibilité, en terme de quantité de temps, de la part des infirmières pour aborder les problèmes vécus dans leur vie

Pour les services externes de Domrémy, un participant suggère:

- l'amélioration de la relance de l'usager suite à un rendez-vous manqué pour faciliter la persistance en traitement.

Pour les services avec hébergement de Domrémy, un participant suggère :

- la diminution des délais avant de rencontrer individuellement un intervenant suite à l'admission au centre;
- une plus grande variété dans le format des activités qui tendent à reposer fréquemment sur une séance de rétroactions à partir de réponses à des questionnaires;
- la variation du matériel dans les rencontres de groupe étant donné que ce matériel se répète pour ceux qui n'en sont pas à leur premier séjour en hébergement;
- une plus grande attention, durant les activités, portée au problème d'abus de médicaments.

Enfin, un participant souligne l'absence de groupe d'entraide dans sa région pour les personnes vivant le deuil d'un proche.

### 4.3.3 Synthèse du troisième axe d'évaluation : le point de vue des usagers

En somme, l'analyse de la perspective subjective des usagers ayant bénéficié du RISD permet d'éclairer différents constats :

- Les usagers se présentent au CHRTR dans un contexte de détresse psychologique élevée, liée à des événements de vie difficiles.

- La rencontre avec l'infirmière-liaison se déroule à un moment-clé, favorisant chez la personne une prise de conscience des conséquences négatives reliées à sa consommation et une mobilisation de sa part pour entreprendre ou poursuivre une démarche de changement à l'égard de sa consommation.

- Globalement, les participants se disent très satisfaits de la rencontre avec l'infirmière-liaison de Domrémy. Ils ont apprécié les qualités relationnelles de celle-ci et ils considèrent que cette visite leur a facilité un accès rapide à une ressource en toxicomanie adaptée à leurs besoins.

- Quelques-uns mentionnent que cette visite survient trop tôt suite à leur arrivée à l'urgence, alors qu'ils sont encore sous l'effet de médicaments et ne peuvent pleinement profiter de cette rencontre.

- Pour les usagers qui n'étaient pas connus de Domrémy, il semble que la visite de l'infirmière-liaison de Domrémy ait été un point tournant les ayant mené à entamer et poursuivre (avec ou sans service) une démarche pour modifier ou arrêter leur consommation de substances; pour ceux-ci, il apparaît que cette rencontre a facilité une démarche de changement plus tôt dans leur trajectoire, avant que leur problèmes de consommation et les conséquences associées ne s'aggravent davantage.

- Parmi les usagers déjà connus de Domrémy au moment de la rencontre avec l'infirmière-liaison, il semble qu'une grande proportion d'entre eux vivent des problèmes de santé mentale concomitants à leurs problèmes de substances, typiquement associés à une chronicité des difficultés; le RISD leur a permis d'assurer une continuité entre les différents épisodes de soins, notamment en les aidant à reprendre contact avec leur intervenant en toxicomanie et à poursuivre leur démarche de changement suite à une rechute.

- Parmi les suggestions d'amélioration du RISD formulées par les participants, bien que peu nombreuses et très diversifiées, on note une certaine tendance vers la perception que des services en toxicomanie devraient être développés au sein du CHRTR, notamment en psychiatrie.

## 5. BILAN ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

La présente évaluation du *Réseau intégré de services en désintoxication* (RISD) comporte trois grands axes, soit l'analyse de la trajectoire d'utilisation des services des usagers rencontrés au CHRTR, l'analyse du point de vue des coordonnateurs et intervenants impliqués ainsi que de celui d'usagers rencontrés au CHRTR par l'infirmière-liaison de Domrémy. Globalement, les résultats convergent vers un bilan positif de l'expérience d'implantation du RISD.

*Les limites de cet exercice d'évaluation*

Il faut toutefois convenir des limites de cette évaluation et éviter de dresser des conclusions trop fermes. En effet, il faut d'abord préciser qu'il est possible que cette évaluation comporte un biais vers le positif puisque celle-ci ne tient pas compte des usagers rencontrés au CHRTR dans le cadre du RISD qui ont refusé tout service. Comme leurs coordonnées ne sont pas disponibles, les analyses quantitatives comme les entrevues qualitatives ne tiennent pas compte de la réalité de ces usagers qui représentent 20% de l'ensemble de ceux ayant été rencontrés au CHRTR. De plus, les usagers rencontrés dans le cadre d'entrevues qualitatives constituent un échantillon de convenance. Nous avons interviewé les huit premières personnes qui ont accepté de participer. On peut penser que les usagers les plus satisfaits se sont montrés plus motivés à participer à cette évaluation. Aussi, les banques de données sur la clientèle de Domrémy, qui ont permis de définir des groupes de comparaison, comportent certaines limites. Notamment, il n'a pas été possible de considérer les résultats à l'IGT de la clientèle ayant complété un IGT abrégé. Ce type d'évaluation est utilisé pour la majorité des usagers qui ont déjà eu recours aux services de Domrémy et témoigne ainsi d'une certaine chronicité de leurs problèmes. De plus, la présente évaluation ne permet pas de documenter de façon précise certains avantages du RISD perçus par les coordonnateurs et intervenants, soit ceux ayant trait à la diminution des coûts, de la durée des hospitalisations et du phénomène de portes tournantes (i.e. l'utilisation répétée des services de l'urgence et de la psychiatrie). Finalement, les services utilisés, outre ceux de Domrémy et ceux du CHRTR lors de l'épisode de soins sous étude, ne sont pas connus. Il est possible que des usagers aient utilisé, suite au RISD, d'autres formes de services ou traitements en toxicomanie. Des analyses ultérieures à partir des banques de données Med-Écho et RAMQ pourraient éventuellement être réalisées pour obtenir un portrait plus précis quant à certaines de ces variables.

*Le RISD : un bilan positif*

Néanmoins, cette évaluation permet certainement d'appuyer la pertinence de cette expérience de RISD en plus de cibler certaines avenues d'amélioration et de développement. Premièrement, il faut souligner que les grands objectifs du RISD ont été atteints. L'actualisation de ce modèle d'organisation de services hiérarchisés et intégrés a permis d'améliorer auprès de la clientèle du CHRTR la qualité, l'accessibilité et la continuité des services en toxicomanie.

En ce qui a trait à la qualité des services en toxicomanie, on note que les cliniciens du CHRTR se sentent mieux outillés et moins isolés pour intervenir auprès de leur clientèle

qui présente des problèmes d'alcool et de drogues, clientèle qui est par ailleurs mieux dépistée. Aussi, la pertinence de l'intervention motivationnelle de la part de l'infirmière-liaison qui rencontre les usagers au CHRTR est soulignée. Le point de vue des usagers concorde avec celui des coordonnateurs et intervenants impliqués : cette visite de l'infirmière-liaison favorise chez la personne toxicomane son engagement dans une démarche de changement face à ses problèmes d'alcool et de drogues qui sont plus difficiles à nier en cette période de crise. Par ailleurs, l'offre de services adaptés à ses besoins, dans un climat relationnel empathique, favorise le sentiment d'espoir, l'impression qu'il est possible de s'en sortir avec l'aide offerte. On note aussi que les usagers tendent à recevoir davantage le niveau de soins approprié à leurs besoins en plus d'être nombreux à s'engager dans une démarche significative. Ainsi, la majorité des usagers s'engage dans une démarche de traitement en toxicomanie suite à leur rencontre avec l'infirmière-liaison. Parmi les usagers qui bénéficient des services en toxicomanie avec hébergement, on note que la clientèle prioritaire pour laquelle ce type de services est indiqué (type III selon les critères de l'ASAM) tend à augmenter depuis l'implantation du RISD (70% en 2004-2005 comparé à 62% en 2003-2004). Enfin, le fait que la durée de séjour en hébergement se prolonge et que la proportion de retour dans les services externes tend à augmenter indique que la mise en place du RISD favorise chez l'usager l'engagement dans une démarche globale et significative de changement, en conformité avec les meilleures pratiques.

En regard de la continuité des services, tant les usagers que les intervenants soulignent que le RISD permet d'assurer une continuité entre les services du CHRTR et de Domrémy. Pour les uagers inconnus de Domrémy avant la visite de l'infirmière-liaison, ce contact avec un intervenant de Domrémy diminue l'anxiété associée à l'inconnu que peut représenter une démarche dans une nouvelle ressource. De plus, on constate qu'il y a une cohérence entre les interventions des intervenants médicaux et psychosociaux du CHRTR et celles des intervenants de Domrémy. Pour la clientèle déjà connue de Domrémy au moment de la rencontre par l'infirmière-liaison au CHRTR, l'enjeu de la continuité est particulièrement mis en lumière. Ces usagers, qui tendent à présenter une chronicité de leurs difficultés, se présentent à l'urgence dans une période de rechutes. Le RISD leur permet de poursuivre leur démarche déjà entamée, souvent avec le même intervenant, permettant ainsi d'optimiser les effets positifs d'un cumul d'épisodes de traitement. L'importance pour la clientèle plus lourde de la continuité des services au long cours, pour favoriser les effets positifs d'un cumul d'épisodes de traitement de la toxicomanie est soulignée dans la littérature scientifique (voir Nadeau & Bertrand, 2004). Enfin, la forte proportion des usagers rencontrés au CHRTR ayant accepté d'entamer un traitement à Domrémy et l'augmentation du taux de retour dans les services externes de Domrémy suite à un séjour en hébergement témoignent, en plus d'une hausse de la qualité des services, d'une meilleure continuité entre les différents niveaux de soins depuis l'implantation du RISD.

Pour ce qui est de l'accessibilité des services en toxicomanie pour la clientèle rencontrée au CHRTR, le RISD est clairement relié à des améliorations notables. D'une part, on note une augmentation de la clientèle dans les services en hébergement, davantage de personnes recevant des services appropriés à leurs besoins. Les demandes de services

provenant du CHRTR ont grimpé de façon marquée, passant de 48 en 2001-2003 à 236 durant la période d'implantation du RISD (2003-2005). D'autre part, les témoignages des usagers et des intervenants illustrent comment cette accessibilité est centrale et peut souvent faire la différence dans le fait de s'engager ou non dans une démarche de traitement. En effet, pour cette clientèle qui vit un niveau élevé de détresse et qui est souvent ambivalante face à leur décision de modifier leur consommation, des obstacles à la demande de services et des délais d'attente peuvent entraver de façon significative leur décision d'entreprendre un traitement. Cependant, bien que l'accessibilité des services soit améliorée par le RISD, des améliorations sont possibles. En effet, l'ajout de six lits en 2004-2005 a permis de diminuer le nombre de jours d'attentes, mais on constate une moyenne de 25 lits occupés sur les 30 disponibles. Aussi, le personnel de Domrémy mentionne que le RISD implique des défis pour l'organisation des services. Le personnel se dit préoccupé par l'accessibilité des services pour la clientèle moins lourde dans l'éventualité où les usagers des centres hospitaliers sont placés en priorité. Il semble que des ajustements soient nécessaires à ce niveau.

Lors du *focus group* réunissant les coordonnateurs et les intervenants de Domrémy, il a été souligné à maintes reprises que le RISD contribuait à la présence d'une clientèle plus détériorée dans les services de Domrémy, les usagers provenant du CHRTR étant perçus comme ayant davantage de troubles mentaux concomitants à leur problème de consommation. Certains ont mentionné que le RISD permettait de fournir des services spécialisés en toxicomanie à cette sous-population pour qui ces services étaient peu accessibles jusqu'à maintenant. Leurs troubles mentaux concomitants à leur problème de consommation et la détresse qui s'y rattache feraient obstacle à leur capacité à demander l'aide appropriée dans un contexte de services ambulatoires qui fonctionnent sur rendez-vous.

Les usagers rencontrés par l'infirmière-liaison de Domrémy au CHRTR qui entreprennent une démarche à Domrémy présentent, selon leur évaluation IGT, des problèmes médicaux, psychologiques et d'emploi plus graves que la clientèle habituelle de Domrémy. Bien que ce groupe de comparaison soit composé majoritairement d'usagers qui en sont à leur premier épisode de soins à Domrémy (limites de la banque de données discutées auparavant), il n'en demeure pas moins que ces résultats illustrent la gravité plus importante des problèmes de la clientèle du CHRTR. Aussi, l'actualisation du RISD a conduit à une légère augmentation, dans les services de Domrémy avec hébergement, de la clientèle de type III selon les critères de l'ASAM. Cette clientèle présente typiquement des besoins plus importants en matière de désintoxication et/ou une instabilité psychosociale marquée.

Cependant, les défis cliniques associés à la double problématique santé mentale/toxicomanie confrontent les établissements de santé depuis des années. Ainsi, bien avant le RISD, la difficulté de fournir des services adaptés à cette clientèle plus lourde était bien présente. D'ailleurs, environ la moitié des usagers rencontrés au CHRTR par l'infirmière-liaison étaient déjà connus de Domrémy. Aussi, on constate que le RISD rejoint en grande majorité des usagers rencontrés à l'urgence (74%), alors que seulement 6% ont été rencontrés sur le département de psychiatrie. Les intervenants et

coordonnateurs du CHRTR soulignent que leur clientèle présentant des problèmes psychiatriques (i.e. maniaco-dépression, schizophrénie, dépression majeure) souffre en grande proprotion de problèmes d'alcool et de drogues. Bien qu'ils se sentent mieux outillés pour les dépister et intervenir dans une certaine mesure auprès d'eux, ils réalisent que les services de Domrémy ne sont pas conçus pour eux et que leurs propres services sont insuffisants. Ainsi, le personnel du CHRTR souhaite que des services soient développés pour cette clientèle, en collaboration avec Domrémy. Le personnel de Domrémy quant à lui souligne qu'ils ne se sentent pas outillés pour faire face aux problèmes de santé mentale de cette clientèle, particulièrement les troubles de personnalité, et ressentent le besoin de recevoir des formations et de la supervision. De plus, des intervenants de Domrémy ne se sentent pas soutenus par le réseau de services en santé mentale pour assurer le suivi de cette clientèle. Ils craignent que le RISD, de par la mobilisation des services en toxicomanie auprès de cette clientèle, puisse mener à un désengagement du réseau de services en santé mentale auprès de ces personnes toxicomanes qui souffrent de problèmes psychologiques sévères.

En somme, l'implantation du RISD a certainement contribué à une plus grande accessibilité des services à une clientèle toxicomane souffrant de problèmes de santé mentale concomitants, tout en sensibilisant les intervenants du CHRTR et de Domrémy aux besoins spécifiques de cette clientèle. L'expérience de collaboration et de partage d'expertise suscitée par le RISD semble avoir inspiré des modèles de partenariat en vue d'offrir des services mieux adaptés aux besoins de cette clientèle spécifique. De plus, on observe une plus grande sensibilité du personnel du CHRTR à la problématique de la toxicomanie qui est présente non seulement à l'urgence et en psychiatrie, mais aussi dans diverses unités de soins, comme les départements d'obstétrique et de santé physique.

## 6. Les recommandations

Malgré les limites de cette évaluation du *Réseau intégré de services en désintoxication*(RISD), les résultats permettent de conclure à un bilan positif du RISD et de suggérer des pistes d'amélioration et de développement de services. Il est donc recommandé de :

1. Généraliser le modèle du RISD à l'ensemble des CSSS de la région offrant des services hospitaliers.

2. Systématiser le dépistage des problèmes de consommation dans l'ensemble des départements des centres hospitaliers participants ainsi que les modalités d'intervention motivationnelle auprès de la clientèle dépistée.

3. Favoriser l'implication concertée des services en santé mentale de la région dans le RISD en vue d'offrir un continuum de soins complet, continu et adapté à cette clientèle toxicomane qui souffre de troubles mentaux concomitants.

4. Développer, en psychiatrie, des services intégrés visant la double problématique toxicomanie/troubles mentaux sévère et persistants, en collaboration avec Domrémy.

5. Optimiser l'utilisation des lits dans les services avec hébergement de Domrémy en vue d'améliorer davantage la rapidité d'accès à ces services.

6. Outiller le personnel de Domrémy aux plans de l'évaluation et de l'intervention auprès des clients toxicomanes présentant des troubles mentaux concomitants via des formations et de la supervision.

7. Assurer un financement adéquat à Domrémy et à ses partenaires en vue d'offrir des services adaptés et accessibles à cette clientèle toxicomane, souvent plus lourde, appelée à être dépistée de plus en plus efficacement par les partenaires de Domrémy.

## 7. RÉFÉRENCES

American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2000). "Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition, Revised (ASAM PPC-2R). Chevy Chase, MD.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron (Eds). L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT), (pp.31-45). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bertrand, K., & Ménard, J.-M.(2004). Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ. Recension des écrits, description de la situation à Domrémy, résultats de la consultation réalisée lors du comité de coordination et recommandations. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en toxicomanie et jeu excessif Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec. http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) (sous presse). La désintoxication : revue des meilleures pratiques.

Cuillerier, G. & Forget, D. (2002). Agir en attendant… Profil et trajectoire des personnes en attente de services au centre André Boudreau. Synthèse du document de recherche. Saint-Jérôme : Centre de recherche André Boudreau.

Desjardins, S. (1996). Les coûts de l'abus des substances au Québec. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Nadeau, L. & Bertrand, K. (sous presse). Femmes alcoolodépendantes et toxicomanes : Recommandations pour les cas lourds. La Santé de l'homme, 372, 41-42. http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/372/05.htm

Tremblay, J., Allaire, G., Dufresne, J., Lecavalier, M., & Neveu, Y. (2004). Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT). 70 pages.

Renaud, S. & Cuillerier, G. (2003). Les résidents des Laurentides qui présentent un diagnostic relié à l'usage ou l'abus de psychotropes. Rapport d'étude sommaire de six diagnostics de la CIM-9 à l'aide de la banque de données MED-ÉCHO. St-Jérôme : Centre de recherche André Boudreau.

Rouillard, P., Tremblay, J., & Boivin, M.D. (1999). NiD-ÉM. Niveau de désintoxication : Évaluation par les intervenants médicaux. Manuel d'utilisation pour les versions longue et abrégée. Québec : CHUQ. 90 pages.

Single, E. Robson, L., Xie, X., & Rehm, J. (1996). Le coût de l'abus des substances au Canada. Toronto : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

St-Louis, L. (1995). Priorité: désintoxication-dégrisement. Projet de recommandations. Trois-Rivières : Centre de réadaptation Domrémy MCQ.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999). Les orientations régionales en alcoolisme et toxicomanie. 36 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2000). Les épisodes d'hospitalisation liés à des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Rapport statistiques, 8 pages.

Vermette, G. (2000). Projet de réseau intégré de services en désintoxication. Région de la Mauricie / Centre-du-Québec. Trois-Rivières : Centre de réadaptation Domrémy MCQ.

# Annexe 1

Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ

Mai 2004

. http://www.domremymcq.ca/publications/

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU PATHOLOGIQUE

# Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ

**Recension des écrits, description de la situation à Domrémy, résultats de la consultation réalisée lors du Comité de coordination et recommandations**

**Karine Bertrand, M.Ps.**
**Psychologue chercheure**

**Jean-Marc Ménard, M.A.**
**Coordonnateurs des services professionnels et jeu excessif**

**Mai 2004**

## TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION ..... 1

2. RECENSION DES ÉCRITS ..... 2

2.1 L'efficacité différentielle des traitements de la toxicomanie en milieux résidentiels et externes ..... 2

*2.1.1 Traitement de l'alcoolisme* ..... 2
*2.1.2 Traitement de l'abus et de la dépendance aux drogues* ..... 3

2.2 L'appariement entre les caractéristiques du client et le niveau d'intensité de soins requis ..... 4

*2.2.1 Les études sur l'appariement* ..... 4
*2.2.2 Les consensus cliniques : les critères de l'ASAM* ..... 5

2.3 Services avec hébergement : les meilleures pratiques ..... 7

2.4 La littérature en bref ..... 7

3. DESCRIPTION DE LA SITUATION DES SERVICES AVEC HÉBERGEMENT À DOMRÉMY MCQ ..... 8

3.1 Analyse des services avec hébergement : portrait descriptif général de la clientèle ..... 8

3.2 Durée des stages et poursuite de la démarche dans les services externes ..... 11

4. RÉSULTAT DE LA CONSULTATION LORS DU COMITÉ DE COORDINATION ..... 14

5. RECOMMANDATIONS FINALES ..... 16

RÉFÉRENCES ..... 19

# ANALYSE DES SERVICES AVEC HÉBERGEMENT À DOMRÉMY MCQ

## RECENSION DES ÉCRITS, DESCRIPTION DE LA SITUATION À DOMRÉMY, RÉSULTATS DE LA CONSULTATION RÉALISÉE LORS DU COMITÉ DE COORDINATION ET RECOMMANDATIONS

## 1. INTRODUCTION

Pour mieux répondre aux besoins de support et d'encadrement d'une catégorie de notre clientèle, Domrémy MCQ a mis en place au début de décembre 2002 des services de désintoxication non hospitalière, suite à l'obtention d'un financement par l'Agence régionale des services se santé et des services sociaux. Ces services devaient s'arrimer étroitement aux centres hospitaliers de la région. Après un an d'expérimentation, et bien qu'une entente n'ait été conclue qu'avec un seul centre hospitalier jusqu'à maintenant, nous constatons déjà des impacts importants sur les demandes d'admission en hébergement, sur la gestion de l'attente, sur l'organisation des services avec hébergement et sur la trajectoire des usagers dans nos services et programmes.

Au plan des admissions, nous avons pu constater une hausse importante entre 2002 et 2004, passant de 282 à 417 sur une base annuelle. Puisque le nombre de lits est demeuré identique, cette hausse s'est accompagnée d'une diminution de la durée de séjours en hébergement, entraînant un roulement beaucoup plus important au niveau des lits. La pression exercée par l'urgence des besoins d'une catégorie plus détériorée de la clientèle a aussi complexifié la gestion de la liste d'attente, nous amenant à nous interroger sur plusieurs dimensions simultanément.

Qui doit-on placer en priorité parmi les nombreuses demandes d'admission? Les plus détériorés? Les plus motivés? Ceux qui présentent le meilleur pronostic? Doit-on répondre à la demande de l'usager ou s'en tenir aux critères de *l'Addiction Society of Addiction Medecine* (ASAM)? Doit-on favoriser une durée d'hébergement la plus courte possible pour assurer une réponse aux urgences? Quel est l'impact de cette diminution de la durée de séjour sur le cheminement des usagers en traitement? Sur leur poursuite dans les services externes? Doit-on favoriser un passage entre la désintoxication et la réadaptation à l'intérieur des services avec hébergement?

L'ensemble de ces questions nous ont incité à entreprendre une analyse plus exhaustive de notre expérience de la dernière année, tout en appuyant nos réflexions sur les bases des meilleures pratiques récemment publiées dans le domaine. Nous souhaitons à travers cette démarche statuer sur des recommandations claires qui consolideront la mission des services avec hébergement tout en guidant la poursuite du virage entrepris pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant une dépendance sévère, des risques de sevrage élevés, une détresse psychologique souvent marquée ou une instabilité psychosociale manifeste.

## 2. RECENSION DES ÉCRITS

En vue de déterminer les orientations des services avec hébergement de Domrémy MCQ, il s'avère judicieux de faire d'abord une brève recension des écrits pertinents. Pour ce faire, trois thèmes de recherche ont été retenus :

a) l'efficacité différentielle des traitements de la toxicomanie en milieux résidentiels et externes;

b) l'appariement entre les caractéristiques des clients et le niveau d'intensité de soins requis;

c) les meilleures pratiques associées aux services avec hébergement.

### 2.1. L'efficacité différentielle des traitements de la toxicomanie en milieux résidentiels et externes

#### *2.1.1 Traitement de l'alcoolisme*

Traditionnellement les traitements résidentiels pour alcooliques étaient perçus comme étant les plus efficaces étant donné leur plus grande intensité. L'accumulation des données empiriques a mené à la remise en question de cette croyance, relevant davantage du mythe que de la réalité. En effet, dans le milieu des années 80, deux recensions des écrits permettent de conclure que, pour les personnes alcooliques, il n'y a aucun avantage clairement montré au recours au traitement résidentiel par rapport aux approches de traitement en externe (Annis,1986; Miller et Hester, 1986). Les auteurs de recensions de littérature plus récentes en arrivent aux mêmes conclusions (Finney, Hanh & Moos, 1996; Mattick & Jarvis, 1994), avec quelques nuances.

Ainsi, la recension de Finney et ses collaborateurs (1996) retient 14 études qui comparent l'efficacité du traitement résidentiel par rapport au traitement externe. Sept de ces études ne trouvent aucune différence significative entre les deux modalités de traitement , cinq études constatent une légère supériorité du traitement résidentiel (Chick et coll., 1988;; Timko et coll., 1994, Mckay et coll.,1995b; Walsh et coll., 1991; Wanberg et coll., 1974) et deux études montrent une efficacité accrue du traitement externe (Fink et coll., 1985; McKay et coll., 1995a). Les cinq études qui constatent une efficacité accrue du traitement interne se distinguent des neuf autres par les aspects suivants : 1) l'assignation au hasard à une modalité de traitement n'a pas été utilisée; 2) les patients n'ont pas été sélectionnés selon un critère de stabilisation sociale; 3) les clients du groupe de comparaison ayant reçu le traitement en externe n'ont pu bénéficier, avant leur traitement, d'une période de répit dans le cadre d'une désintoxication. Ainsi, le fait que ces études ne soient pas de nature expérimentales, contrairement aux 7 autres études qui ne constatent pas de différence significative entre les modalités de traitement, affecte la validité interne de ces recherches et la portée des conclusions. Aussi, l'absence de critères de stabilisation sociale dans les études favorisant le traitement résidentiel suggère qu'il soit possible que le traitement avec hébergement soit davantage indiqué pour des individus vivant un moment de crise au plan social, comme l'absence de logement par exemple. Ces résultats donnent aussi un certain appui à l'hypothèse selon laquelle une

période de répit initiale lors de la demande de services, pouvant être offerte dans le cadre d'une désintoxication visant la stabilisation de l'état de l'individu, peut permettre à certaines personnes de mieux profiter par la suite de leur traitement externe. Enfin, notons que l'avantage du traitement résidentiel sur le traitement externe constaté dans ces cinq études demeure modeste en terme d'ampleur (Annis, 1996) et disparaît après trois mois (Annis, 1996; Rychtarick, Connors, Whitney, McGillicuddy, Fitterling & Wirtz, 2000).

Concernant les deux études qui constatent une efficacité accrue du traitement externe, notons que les patients ayant reçu un traitement externe avaient davantage tendance à être impliqués dans les groupes AA ou les suivis post-traitement que ceux ayant reçu un traitement résidentiel. L'avantage de traitement externe est cependant démontré au-delà de ces facteurs (Finney, et coll., 1996). Ces résultats portent tout de même à penser qu'il soit possible que le traitement en externe favorise la poursuite d'une démarche à plus long terme, ce qui est associé à de meilleurs résultats thérapeutiques. En effet, bien que des approches brèves puissent être efficaces (voir Brown et Wood, 2002 pour un résumé des résultats du projet MATCH), il est établi que la persistance en traitement est associée à des résultats thérapeutiques favorables chez les clients présentant des problèmes d'alcool. Les résultats de Walker et de ses collaborateurs (1983) suggèrent que peu importe la durée du stage résidentiel ceux qui poursuivront leur démarche en externe seront ceux qui obtiendront les meilleurs résultats. De telles données illustrent l'importance qui doit être accordée au transfert des apprentissages dans le milieu naturel de la personne.

En somme, en tenant compte de l'ensemble des études réalisées, Finney et ses collaborateurs (1996) en arrivent à la conclusion que la modalité de traitement, résidentielle ou externe, ne permet pas de prédire l'efficacité du traitement. Ils recommandent donc que les traitements externes soient privilégiés pour la vaste majorité de la clientèle et que le traitement résidentiel soit offert à un petit sous-groupe de clients, les cas les plus lourds (instabilité sociale et problèmes psychiatriques) de façon davantage intensive et prolongée. En même temps, comme nous le verrons plus loin, ces auteurs soulignent le manque de données empiriques pour appuyer ces critères d'appariement entre caractéristiques de la clientèle et modalités de traitement.

*2.1.2 Traitement de l'abus et de la dépendance aux drogues*

Au plan du traitement de l'abus et de la dépendance aux drogues, l'étude *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS) réalisée auprès de 2 966 patients en traitement pour leur consommation de drogues en arrive sensiblement aux mêmes conclusions que les études portant sur les alcooliques. En effet, cette étude montre que la modalité de traitement (traitement résidentiel à long terme, traitement résidentiel à court terme et traitement externe) n'influence pas le succès thérapeutique ( Simpson , Joe et Brown, 1997).

Peu importe la modalité de traitement, l'étude de DATOS montre que ceux qui rechutent le moins au suivi de un an sont ceux qui demeurent en traitement sur une période de temps de plus de 90 jours. D'autres études, le *Drug Abuse Reporting Program* (DARP)

(Simpson & Sells, 1982) portant sur 4 107 patient en traitement pour la toxicomanie et le *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS) (Hubbard & coll., 1989) portant sur 4270 patients, en arrivent au même constat. De plus, l'analyse d'un sous-échantillon de 1393 patients de l'étude de DATOS permet de constater que ceux qui sont demeurés plus de 6 mois en traitement, résidentiel ou externe, montrent de meilleurs résultats au suivi de 5 ans (Hubbard, Craddock et Anderson, 2003).Ces auteurs en viennent donc à la conclusion qu'il est très important de cibler la rétention en traitement avec cette clientèle qui éprouve des problèmes de toxicomanie. Des analyses subséquentes des résultats de l'étude de DATOS ont permis d'établir qu'une moins grande sévérité des problèmes lors de l'entrée en traitement et l'alliance thérapeutique prédit la persistance en traitement et les résultats positifs (Simpson, 2003). Simpson (2003) souligne l'importance de favoriser l'engagement des clients dans une démarche de traitement qui soit suffisamment prolongée pour permettre d'en arriver à de bons résultats thérapeutiques . Pour ce faire, l'alliance thérapeutique et des changements concrets réussis par le client en début de démarche semblent être des éléments essentiels à la persistance en traitement et au maintien des gains à long terme (Simpson, 2003).

En somme, tant pour le traitement des personnes alcooliques que toxicomanes, la croyance selon laquelle la plus grande intensité de traitement permise par les traitements résidentiels permet une plus grande efficacité ne trouve pas d'appui empirique. C'est plutôt le temps écoulé durant le traitement qui semble influencer les résultats thérapeutiques, peu importe la modalité de traitement. Les auteurs reconnaissent que les services avec hébergement peuvent être nécessaires à une partie de la clientèle pour stabiliser l'état du client (tant au plan physique que psychosocial) et pour l'engager dans une démarche de changement. En même temps, il s'avère moins coûteux et moins envahissant pour le client de favoriser sa persistance en traitement dans le cadre de services externes. Ainsi, tel que le suggère Finney et ses collaborateurs (1996), les services avec hébergement peuvent permettre aux clients qui en ont besoin d'avoir un répit et de se stabiliser pour ensuite bénéficier davantage des services externes.

## 2.2 L'appariement entre les caractéristiques du client et le niveau d'intensité de soins requis

### *2.2.1 Les études sur l'appariement*

Malgré le cumul d'études appuyant le constat que les traitements résidentiels ne sont pas plus efficaces que les traitements externes pour les personnes qui ont des problèmes d'alcool et de drogues, une question importante demeure sans réponse étant donné le peu d'études sur ce thème : est-ce que certains formats de traitement (avec ou sans hébergement) sont plus efficaces pour certains types de clients? C'est l'hypothèse de l'appariement. Le projet MATCH (voir Brown et collaborateurs, 2002, pour un résumé) n'appuie que très peu l'hypothèse de l'appariement. Néanmoins, on connaît très peu de choses sur l'effet modérateur des caractéristiques des clients lorsque l'on compare l'efficacité de traitements externes par rapport aux traitements résidentiels (Finney & coll., 1996; Rychtarik et coll., 2000).

Ces questionnements sur l'hypothèse de l'appariement trouvent leurs sources en diverses préoccupations. Certains auteurs pensent que le stage résidentiel peut être contre-indiqué pour certaines personnes parce qu'il risque d'entraîner, à plus ou moins longue échéance, une atrophie des habiletés et des ressources sous-utilisées de l'individu (voir Ménard, 1993). Également, l'approche axée sur le continuum de soins (« step care approach ») postule qu'il est important de choisir un traitement qui sera à la fois moins intensif tout en étant sécuritaire, pour permettre à l'individu de tester ses habiletés de réadaptation le plus près possible du « vrai monde » et ainsi réduire la fréquence de réutilisation des services. Cette approche suppose donc un appariement qui permet non seulement d'augmenter l'efficacité des services, mais aussi d'en réduire les coûts. Rychtarik et coll. (2000) ajoutent que certains clients peuvent résister davantage à une forme de traitement où il y a davantage de contrôle et qui est plus « envahissant » et tendent à appuyer l'opinion de plusieurs auteurs sur le fait que le traitement résidentiel devrait être réservé aux clients qui présentent une dépendance accrue aux produits (risque de sevrage) et une instabilité psychosociale importante.

Bien qu'aucune conclusion ferme ne peut être formulée à partir des études réalisées, certaines données permettent d'appuyer l'importance de déterminer l'intensité de soins requis en fonction des caractéristiques du client. Ainsi, Kissin et coll. (1970) rapportent que les patients qui ont de meilleures compétences sociales obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'ils reçoivent un traitement en externe alors que les patients caractérisés par de l'instabilité sociale réussissent mieux s'ils ont bénéficié d'un traitement résidentiel. Une étude plus récente auprès de 192 alcooliques en arrive aux mêmes conclusions (Rychtarick et coll., 2000). Ceux qui présentent des problèmes plus sévères de consommation d'alcool ont de meilleurs résultats en interne alors que la relation est inversée pour ceux qui présentent des problèmes légers à modérés. Cependant, ces auteurs nuancent leurs conclusions étant donné le fait que, dans le projet MATCH (voir Brown et ses collaborateurs, 2002), une dépendance plus sévère à l'alcool prédit de meilleurs résultats chez des patient traités en externe. Bref, la science ne donne encore que très peu d'indication claire sur la nature des critères d'appariement devant être utilisés pour bien diriger un client au niveau d'intensité de soins requis.

### *2.2.2 Les consensus cliniques: les critères de l'American Society of Addiction Medecine (ASAM)*

Bien que la littérature scientifique ne permet pas d'en arriver à des consensus, au plan des pratiques cliniques, on constate que des critères d'appariement sont utilisés. Lorsque l'on compare les populations cliniques selon la modalité de traitement, celles qui se retrouvent dans les traitements résidentiels ont des problèmes d'alcool plus sévères, moins de ressources financières et un niveau d'adaptation ou de fonctionnement plus faible à leur entrée en traitement (Timko et al., 1993). Les critères de l'*American Society of Addiction Medecine* (ASAM, 2000) sont ceux qui sont les plus reconnus et couramment utilisés. D'ailleurs, ce sont ces critères qui sont recommandés par le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT, 2004). Étant donné le manque de données empiriques en ce domaine, ces critères s'appuient surtout sur le jugement clinique d'un ensemble

d'experts. Ce comité d'experts cliniciens s'est prononcé concernant les critères qui devraient guider le choix du niveau de soins requis en fonction des caractéristiques des clients qui présentent des problèmes d'alcool et de drogues. Quatre niveaux de soins sont définis par l'ASAM : 1) traitement externe; 2) traitement externe intensif; 3) traitement en milieu résidentiel et 4) désintoxication en milieu hospitalier. Pour prendre cette décision, six dimensions doivent être évaluées : 1) l'état d'intoxication/le risque de sevrage; 2) la santé physique; 3) la santé psychologique; 4)l'attitude face au traitement; 5) le potentiel de rechutes; 6) les caractéristiques du milieu de réadaptation de la personne.

Les critères de l'ASAM ont fait l'objet d'une analyse critique par un panel de cliniciens experts en toxicomanie réunis par le *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SAMHSA) (SAMHSA, TIP 13, 2001). Des avantages et des lacunes sont relevés. Les avantages des critères de l'ASAM sont les suivants :

1) favorisent une évaluation multidimensionnelle du client;
2) favorisent l'utilisation d'une approche axée sur un continuum de soins (« step care approach »);
3) permettent une base de communication entre experts;
4) ces critères sont largement utilisés dans les milieux cliniques.

Par contre, selon le panel de cliniciens réunis par le SAMHSA, les critères de l'ASAM présentent des lacunes :

1- Tous les professionnels de la santé ne sont pas bien représentés, particulièrement les cliniciens des milieux non hospitaliers spécialisés en toxicomanie
2- Certaines modalités de traitement ne sont pas représentées (traitement méthadone, communauté thérapeutique)
3- Emphase insuffisante sur des sous-groupes particuliers (utilisateurs de drogues intra-veineuses, femmes enceintes, sans-abris, etc.).
4- Les critères d'appariement dans les cas où il y a consommation de cocaïne ou d'héroïne sont moins bien articulés
5- Aucune information sur les besoins particuliers des femmes
6- Manque de mesure valide des critères et absence d'appui empirique de ceux-ci
7- Préjudice en faveur du traitement interne.

Malgré les lacunes des critères de l'ASAM, il demeure que de manière générale, deux grands consensus émergent de ces critères pour diriger quelqu'un vers des services avec hébergement :

1) La sévérité de la dépendance et les risques pour la santé physique
**2)** Une instabilité psychosociale marquée et/ou un environnement inadéquat pour la réadaptation

### 2.3 Services avec hébergement : les meilleures pratiques

À la lumière des constats de la littérature, il s'avère pertinent d'explorer les meilleures pratiques associées à la désintoxication non-hospitalière, en milieu résidentiel. Un panel d'experts cliniciens en toxicomanie ont également été réunis par le SAMHSA (SAMHSA,TIP 19, 2001) pour formuler des recommandations sur les services de désintoxication non hospitalière. Voici les grands constats qui émergent :

1) Les **critères d'appariement de l'ASAM** devraient être utilisés tout en ayant soin de ne pas écarter le jugement clinique et l'évaluation des besoins spécifiques de chaque client
2) La **désintoxication fait partie d'une stratégie globale de traitement** et ne doit pas être séparée des autres phases du processus
3) Offrir une **désintoxication physique seulement** sans prévoir un suivi avec le client (à un niveau de soins appropriés) constitue une **utilisation inadéquate de nos ressources limitées**
4) Les trois objectifs prioritaires des services résidentiels devraient être : a) Fournir un **environnement sécuritaire** pour le sevrage; b) Permettre aux clients de vivre un **sevrage dans des conditions humaines** et protéger sa dignité; c) **Préparer le patient à s'engager dans un processus de rémission à plus long terme via des interventions motivationnelles et un début d'instrumentation**; Notons que ces objectifs prioritaires sont également ceux énumérés par l'*Addiction Research Fondation* (ARF, 1994) et le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT, 2004).

### 2.4 La littérature en bref

Cette recension des écrits permet de mettre en lumière le fait que la modalité de traitement résidentielle n'est pas plus efficace que le traitement externe. En même temps, étant donné le manque de données sur les critères d'appariement qui permettrait de déterminer quelle intensité de traitement est la plus efficace en fonction des caractéristiques des clients, tous s'entendent pour dire que le traitement résidentiel et la désintoxication en milieu résidentiel sont des services qui ont leur place et qui doivent être davantage investigués. Ainsi, il semble se dessiner des consensus entre cliniciens et chercheurs. Le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui convient à la vaste majorité de la clientèle constitue le traitement externe, modalité de traitement aussi efficace, moins envahissante et moins coûteuse que le traitement résidentiel. La modalité de traitement externe n'exclut pas la nécessité pour certains clients de bénéficier d'une désintoxication en milieu résidentiel qui s'inscrit dans une stratégie globale de traitement d'un individu dont l'état physique ou psychosocial a besoin d'être stabilisé. Le traitement résidentiel à long terme (3 mois et plus) devrait être réservé au sous-groupe de clients composé des cas les plus lourds (ex. : comorbidité psychiatrique sévère, cumul d'échecs en traitement à des niveaux de soins plus légers).

## 3. DESCRIPTION DE LA SITUATION DES SERVICES AVEC HÉBERGEMENT À DOMRÉMY

Tel que défini dans le document synthèse sur les services avec hébergement (Dufresne, Levasseur, St-Louis et Turgeon, 2003), les services avec hébergement de Domrémy MCQ comprennent deux programmes : désintoxication et réadaptation. Le programme de désintoxication, d'une durée d'environ 7 jours, vise à permettre aux usagers de vivre un sevrage sécuritaire, d'atteindre une stabilisation de leur état au plan biopsychosocial et d'amorcer une démarche de changement. Le programme de réadaptation, d'une durée d'une à trois semaines, vise à accompagner l'usager dans une stabilisation physique, psychologique et sociale, de le faire évoluer dans les étapes du changement en lui permettant de vivre un retrait temporaire de son milieu de vie. Voyons quelques données descriptives sur notre clientèle des services avec hébergement qui permettent de dresser un portrait général de la situation.

### *3.1 Analyse de services en hébergement : portrait descriptif général de la clientèle*

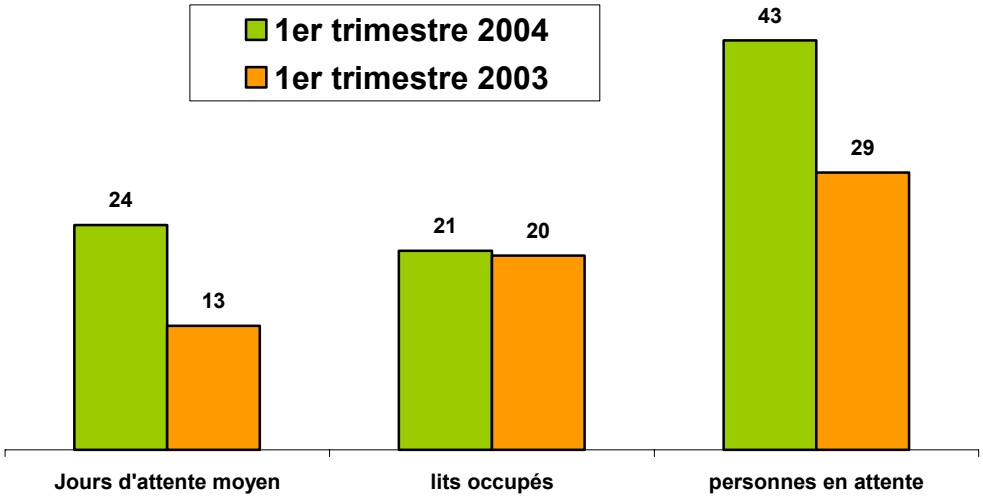
Alors que 282 personnes étaient admises dans nos services avec hébergement en 2001-2002, le nombre d'admission dans ces services est passée à 417 personnes en 2003-2004 (1ère année complète avec 6 lits en désintoxication). Le tableau 1 à la page suivante présente le résultat de l'ensemble des évaluations santé (adaptation du NID-ÉM[3] 2.0) réalisées dans nos services externes entre février et novembre 2003 (n=836; 81% des inscriptions). On constate que 30% de la clientèle ayant été évaluée ont besoin de services avec hébergement. Si l'on considère qu'il y a eu 1351 nouvelles inscriptions d'usagers adultes au programme toxicomanie en 2003-2004, on peut s'attendre de devoir répondre de façon prioritaire, en ce qui concerne les services avec hébergement, à environ 405 usagers par année. La hausse des admissions de la dernière année laisse même suggérer une hausse de cette clientèle, ce qui peut s'expliquer par les nouveaux liens de partenariat avec les centres hospitaliers. On constate d'ailleurs une hausse du nombre de personnes en attente et des délais d'attente dans nos services avec hébergement durant le premier trimestre 2004, comparativement au premier trimestre 2003 (voir figure 1 à la page suivante).

[3] L'évaluation santé adaptée du NID-ÉM 2.0 permet d'en arriver, à partir des critères de l'ASAM, à un classement selon les 4 niveaux d'intensité de soins (1= externe; 2= externe intensif; 3=services résidentiels; 4=désintoxication en milieu hospitalier)

Tableau 1. Niveau d'encadrement requis selon les risques de sevrage.

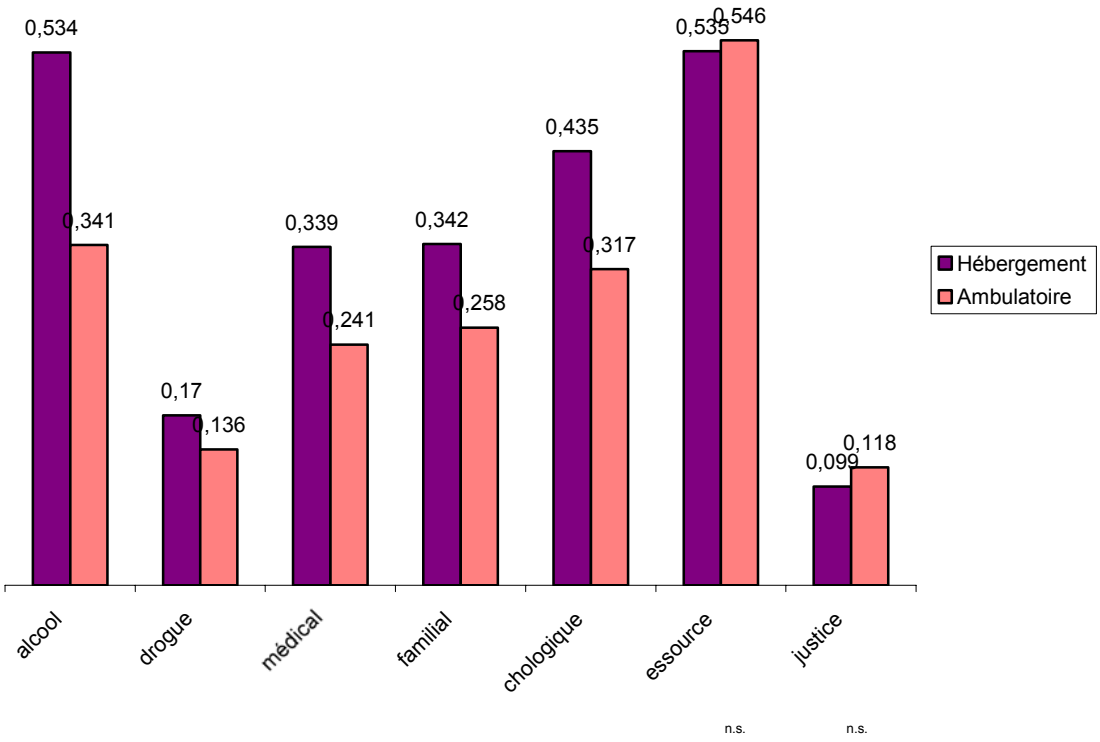
| Types | Femmes | Hommes | Total |
|---|---|---|---|
| **1-Externe** | 15% | 24% | 20% |
| **2-Externe intensif** | 48% | 47% | 47% |
| **3-Interne** | 34% | 27% | 30% |
| **4-CH** | 3% | 2% | 2% |

**Figure 1. Comparaison des indicateurs d'accès aux services avec hébergement 2003-2004**

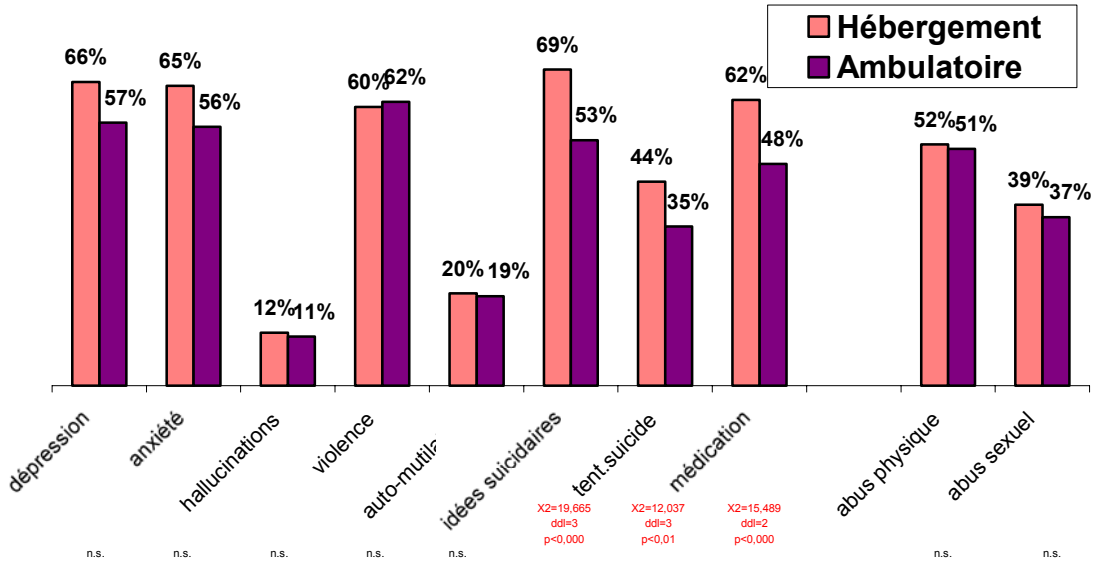



L'analyse du portrait de la clientèle permet également de documenter le fait que les usagers admis en milieu résidentiel constituent une clientèle avec un profil de gravité plus lourd que la clientèle admise en externe. Des analyses statistiques ont été réalisées à partir des résultats à *l'Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) de 1021 usagers inscrits à Domrémy MCQ entre 2000 et 2001 (programme adulte pour la toxicomanie). Les usagers inscrits au programme avec hébergement présentent, en comparaison de la clientèle recevant des services ambulatoires, des problèmes plus graves sur 5 sphères de l'IGT parmi les 7 sphères évaluées, et ce, de manière statistiquement significative. Ces cinq échelles sont les suivantes : alcool, drogues, médicale, familiale et psychologique (voir figure 2 à la page suivante). Aussi, on constate que les usagers admis dans les services résidentiels ont davantage eu des idées suicidaires (69% vs 53%), rapportent plus souvent avoir fait une tentative de suicide (44% vs 35%) et sont plus nombreux à avoir un médicament prescrit pour un problème psychologique et émotionnel (62 vs 48%) que la clientèle des services ambulatoires (voir figure 3 à la page suivante).

**Figure 2. Gravité comparative des problèmes des adultes en traitement pour un problème de consommation à Domrémy MCQ (2000-2001) selon l'IGT n=1021**



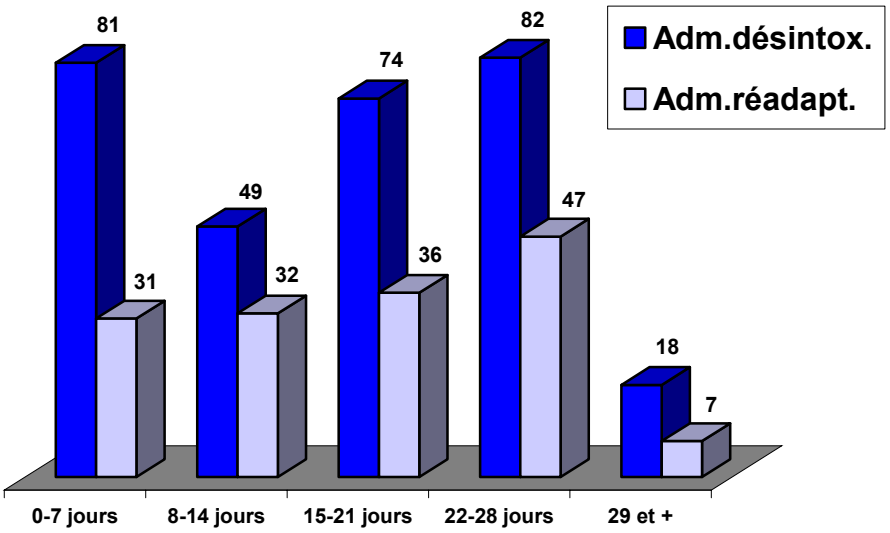

**psychiatriques à Domrémy MCQ (2000-2001) selon l'IGT n=1021**



Voyons maintenant les analyses descriptives d'un échantillon de 457 admissions dont le stage en hébergement a été complété entre le 1er janvier 2003 et le 16 mars 2004. Ces admissions concernent 399 usagers. Durant cette période, 88% d'entre eux ont fait un stage, 9% en ont fait deux et 3% ont complété trois stages. Parmi ces 457 admissions aux services avec hébergement, 67% concernent une admission au programme de désintoxication non-hospitalière alors que 33% réfèrent à des admissions au programme réadaptation. Parmi les 457 admissions, une évaluation santé de type NID-ÉM a été réalisée pour 68,6% des clients. Cette donnée révèle qu'il n'y a pas eu d'évaluation santé réalisée pour le tiers de la clientèle référée en hébergement, élément qui devrait être questionné. Parmi les usagers évalués, comme on pouvait s'y attendre, la majorité (62,1%) requièrent un encadrement de niveau trois; ce niveau étant associé à une référence aux services résidentiels. Par ailleurs, 3,7% de la clientèle est de niveau quatre, 28% de niveau deux et 6,2% de niveau un.

**Figure 4. Distribution des stages par durée de séjour selon le type d'admission**

échantillon de 457 stages entre 1er janvier 2003 & 16 mars 2004

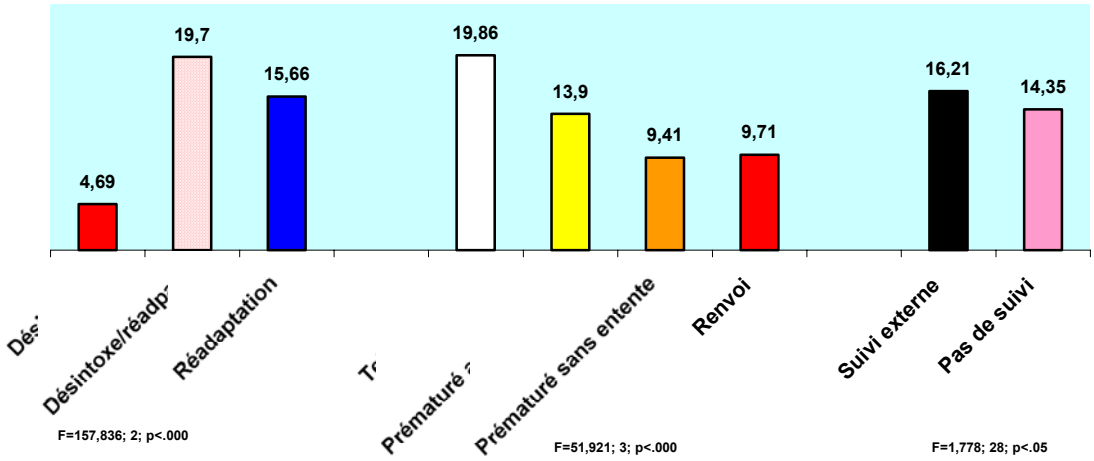



## 3.2 Durée des stages et poursuite de la démarche dans les services externes

Toujours concernant l'échantillon de 457 admissions réalisées entre le 1er janvier 2003 et 16 mars 2004, la durée des stages varient entre 0 et 38 jours. Tant pour les admissions en désintoxication que pour les admissions en réadaptation, la durée moyenne de séjour est de 16 jours. Il est à noter que la durée de séjour moyenne a diminué depuis deux ans, passant de 22 jours en 2001/2002 à 19 jours en 2002/2003 et à 16 jours en 2003/2004. La figure 4 présente la distribution des stages par durée de séjour selon le type d'admission.

On note que les séjours de plus de 28 jours sont très peu fréquents et que les courts séjours de moins d'une semaine caractérisent davantage ceux ayant été admis en désintoxication. On constate également que la majorité des usagers admis en désintoxication, soit 73%, poursuivent au programme de réadaptation offert en hébergement.

**Figure 5 - Durée de séjour (jours) en hébergement selon le type de stage et le type de départ**

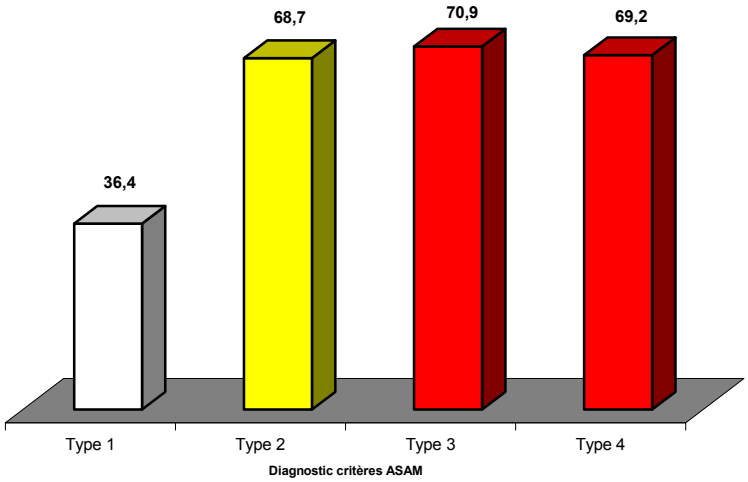



La figure 5 présente la durée de séjour en hébergement selon le type de stage, le type de départ et la poursuite ou non de la démarche dans les services externes. Nous observons dans un premier temps que la durée moyenne de séjour pour les usagers se limitant à une désintoxication non-hospitalière est de 4,6 jours, qu'elle est de 19 jours pour ceux qui poursuivent au programme réadaptation et qu'elle est de 15,6 jours pour ceux qui ont été admis au programme réadaptation. Nous observons aussi que les départs prématurés sans entente et les renvois sont associés à de courtes durées de séjour, soit respectivement 9,41 et 9,71 jours en moyenne. Notons que 45% des départs prématurés sans entente se sont produits dans le cas d'usagers ayant seulement bénéficié du programme désintoxication. Aussi, les usagers qui poursuivent en externe sont ceux qui, en moyenne, sont demeurés plus longtemps dans les services avec hébergement. Enfin, on constate que le fait de demeurer dans les services avec hébergement 7 jours ou plus (chi-carré =4 ,417, p. = 0,036) et le fait de compléter un séjour de 14 jours ou plus (chi-carré = 4,891, p = 0,027) augmente de manière statistiquement significative la poursuite du suivi en externe. Des séjours de plus 20 jours ne sont pas associés à une plus grande probabilité de poursuivre en externe (chi-carré = 4,417, p = 0,196). Bien que ces données soient intéressantes, ces analyses ne contrôlent pas des variables confondantes potentielles. D'autres types d'analyses seraient nécessaires pour mieux définir la durée optimale du traitement en hébergement, tout en favorisant une poursuite dans les services externes.

Enfin, concernant le taux de retour en suivi externe, notons que la clientèle ayant été évaluée de niveau 1 à l'évaluation santé selon les critères de l'ASAM, qui constitue une

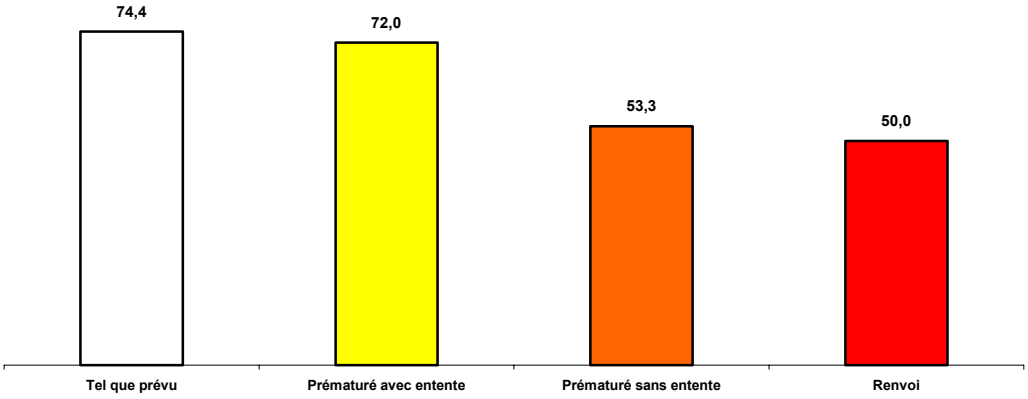
très faible minorité des usagers admis en hébergement (6,2%), poursuit de façon significativement moins fréquente leur suivi en externe que les autres, c'est-à-dire qu'ils poursuivent dans seulement 36,4% des cas (voir figure 6 à la page suivante). Pour les

**Figure 6. Taux de retour en suivi externe suite à l'hébergement**




autres niveaux, de 2 à 4, les clients poursuivent en externe dans une proportion de 69 à 71%. Le type de départ influence également le taux de suivi en externe. En effet, alors que de 72% à 74% des usagers ayant terminé leur séjour tel que prévu ou de façon prématurée avec entente poursuivent en externe, seulement la moitié des usagers ayant été renvoyés ou ayant quitté prématurément sans entente font de même (voir figure 7)

**Figure 7. Taux de retour en externe selon le type de départ en stage**



## 4. RÉSULTAT DE LA CONSULTATION LORS DU COMITÉ DE COORDINATION

En date du 17 mars 2004, une démarche de réflexion sur les orientations des services avec hébergement et de l'impact de ces orientations sur l'organisation des services a été amorcée. Cette réflexion s'est réalisée avec les membres du comité de coordination ainsi qu'avec des intervenants invités. Un bref relevé de la littérature a été présenté aux participant pour stimuler la discussion. Aussi, afin d'alimenter la discussion, 5 éléments de réflexion ont été retenus :

1) À qui s'adressent nos services avec hébergement ?
2) Quelle est la clientèle prioritaire ?
3) Quel est le rôle et les objectifs des services avec hébergement ?
4) Quelle est la place de la réadaptation dans le cadre de nos services résidentiels?
5) Comment doit-on faciliter le passage et la continuité entre la désintoxication et la réadaptation?

Voici une liste de constats qui ont obtenu un consensus lors de cette rencontre :

*La clientèle*

1- Les critères de l'ASAM devraient être utilisés pour établir des priorités dans l'admission de la clientèle : les clients de niveau 3 (ce qui inclut les évaluation de niveau 2 avec facteurs d'aggravation qui font passer l'évaluation à un niveau 3) devraient recevoir des services en priorité.

2- Les intervenants font souvent face à des usagers qui, bien qu'ils ne présentent pas de besoins au plan de la stabilisation physique et psychosociale (niveau 1 ou 2), insistent pour obtenir un traitement résidentiel, car ils ont la perception qu'il s'agit du traitement le plus efficace; on suggère alors deux options:

   a) l'intervenant peut informer le client sur la différence entre les deux modalités de traitement, notamment au plan des objectifs et de l'efficacité, pour tenter d'influencer le client à choisir la modalité de traitement la moins envahissante en fonction de ses besoins

   b) Si le client persiste dans sa préférence, afin de préserver l'alliance thérapeutique, il peut être opportun de lui offrir un stage dans la mesure où il s'investit d'abord dans une démarche de traitement externe pour la durée d'attente (ce client ne peut être mis en priorité sur la liste d'attente des services avec hébergement); il sera alors opportun de réévaluer avec le client, lorsqu'une place se libérera en milieu résidentiel, si cette modalité de traitement lui convient toujours.

***Les objectifs et le rôle des services avec hébergement***

3- Les objectifs du stage résidentiel devraient être :
   a) stabilisation physique et psychologique / arrêt d'agir;
   b) hausse de la motivation au changement et instrumentation;
   c) favoriser l'engagement à poursuivre la démarche en externe.

***La durée des services avec hébergement***

4- La duré du stage ne fait pas consensus; pour certains, la durée devrait se limiter à deux ou trois semaines au maximum alors que pour d'autres, les prolongations doivent être permises pour pouvoir s'adapter à certaines situations (ex. : un client dont la médication a été changée et qui demande une supervision prolongée); on s'entend que ces prolongations devraient être exceptionnelles pour répondre à un besoin spécifique de l'usager et les critères pour permettre une prolongation devraient être établis clairement; répondre à l'anxiété de l'usager face à la poursuite de sa démarche en externe par un prolongement de son stage n'est pas l'avenue la plus aidante pour le client.

***La continuité de la démarche et l'arrimage entre les services résidentiels et externes***

5- La structure actuelle des services avec hébergement comprenant deux programmes distincts (réadaptation et désintoxication) et même l'organisation des lieux (désintoxication au premier étage et réadaptation au deuxième étage) comportent des désavantages importants :

   a) l'usager n'a pas l'impression d'avoir amorcé sa démarche de changement lorsqu'il est en désintoxication et attend avec impatience de « graduer » au programme de réadaptation;

   b) l'usager doit changer d'intervenant en une courte période de temps;

   c) la désintoxication ne s'inscrit pas dans une démarche globale de changement, ce qui ne favorise pas l'alliance thérapeutique, la continuité de la démarche à l'intérieur même des services avec hébergement et dans la poursuite en externe et donc la persistance en traitement

6- Il y a donc consensus à l'effet qu'il faut favoriser la création d'un seul programme dans le cadre des services avec hébergement, dont le mandat sera la stabilisation au plan physique, psychologique et social, ce qui permettra :

   a) de favoriser une plus grande alliance entre le « médical » et le « pychosocial »;

   b) de maintenir le même intervenant tout au long de la démarche de l'usager en milieu résidentiel;

c) de faciliter la continuité dans la démarche de réadaptation lors du passage des services résidentiels aux services externes.

7- Pour faciliter la poursuite en externe et favoriser la continuité entre les services résidentiels et externes, différentes avenues de solution ont été considérées :

a) L'intervenant qui suit l'usager en résidentiel tout au long de son séjour gagnerait à établir un contact avec l'intervenant en externe qui sera responsable du dossier pour lui communiquer le plan d'intervention établi et le cheminement du client;

b) la création d'un lien entre l'intervenant du milieu externe et l'usager alors que ce dernier est toujours en stage est une stratégie qui permet de favoriser l'alliance thérapeutique, la continuité de la démarche et de diminuer l'angoisse du client face à l'inconnu; ce contact peut être en personne ou par téléphone;

c) Les clients qui terminent un stage en milieu résidentiel devraient être reçus en externe en priorité étant donné qu'il y a déjà eu beaucoup d'investissement dans la démarche de ce client de la part de Domrémy et pour maximiser la probabilité que sa démarche se poursuive, et ce, en continuité

L'ensemble des personnes présentes à la rencontre s'entendent pour dire que ces nouvelles orientations auront des impacts au plan de l'organisation du travail et du personnel particulièrement en milieu résidentiel, mais aussi en externe. Il s'avère donc important d'en arriver à des décisions au plan de l'organisation des services, en collaboration avec les cliniciens. Pour ce faire, une deuxième discussion est prévue le 14 mai 2004 entre l'équipe de direction et un groupe plus élargi composé de membres du personnel intervenant en milieu résidentiel et externe. Le présent rapport, qui en arrive à des recommandations à partir des constats de la littérature, du portrait descriptif des services avec hébergement et des constats de cette première discussion du 17 mars 2004 (voir ci-dessus) constituera une base de discussion.

## 5. RECOMMANDATIONS FINALES

1) Il faut adopter une approche axée sur le continuum de soins (« step care approach ») et donc chercher à déterminer le niveau de soins requis pour chaque client qui soit le moins envahissant tout en assurant sa sécurité.

a) Ainsi, les services avec hébergement devraient **viser prioritairement** les clientèles qui, lors de leur évaluation santé présentent un niveau de services requis de type 3, ce qui est cohérent avec les critères d'appariement établis par l'ASAM :1) **un risque de sevrage ou un risque significatif pour leur santé physique** (qui ne requiert pas d'hospitalisation et donc de supervision médicale constante) et/ou 2) **une instabilité psychosociale marquée**.

b) Les clients qui répondent à ces critères et qui sont référés par le milieu hospitalier devraient être placés en priorité pour éviter le cercle vicieux des réadmissions hospitalières multiples coûteuses et inefficaces et permettre ainsi au client de briser ce cercle en s'engageant dans une démarche de changement.

c) Les services avec hébergement pourraient également être accessibles aux personnes qui ont besoin d'être retirées temporairement d'un milieu naturel très peu propice à la réadaptation en vue de permettre un arrêt d'agir initial, même si cette clientèle n'est pas prioritaire.

d) De la même façon, les usagers demeurant dans des localités moins bien desservies (i.e. les petits points de services qui ne peuvent offrir que des services externes sur une base hebdomadaire et non de manière intensive) pourraient recourir aux services avec hébergement en vue de répondre adéquatement à leurs besoins.

e) Pour la minorité des clients qui requièrent un traitement résidentiel à long terme (3 mois et plus; ex. : conditions psychiatriques lourdes, multiples tentatives de traitement externes et de stages résidentiels à court terme ayant échouées), il est opportun de les référer à des partenaires qui offrent ce type de services (ex. : communautés thérapeutiques).

2) Le rôle et les objectifs des services avec hébergement devraient être :

a) Fournir un environnement sécuritaire pour le sevrage;

b) Permettre aux clients de vivre un sevrage dans des conditions humaines et protéger sa dignité;

c) Préparer le patient à s'engager dans un processus de rémission à plus long terme via des interventions motivationnelles et un début d'instrumentation.

3) Pour s'assurer d'engager le client dans un processus de réadaptation à plus long terme et donc d'inscrire la désintoxication résidentielle dans une stratégie globale de traitement, il faut :

a) Corriger le clivage qui existe actuellement dans nos services avec hébergement entre programme « désintoxication » et « réadaptation » en établissant un seul programme

b) Faire une évaluation systématique de chaque personne admise dans les services avec hébergement au plan de sa santé (adaptation du NIDEM 2.0) et au plan psychosocial (*Indice de Gravité d'une toxicomanie* (IGT))0 en vue d'établir en collaboration avec le client un plan d'intervention

c) Favoriser la poursuite et la continuité de la démarche dans le cadre des services externes :

   i. le planifier à l'intérieur du plan d'intervention;
   ii. assurer le lien avec l'intervenant responsable du dossier en externe pour favoriser la continuité de la démarche;
   iii. lors de l'inscription aux services externes, mettre les usagers provenant des services avec hébergement en priorité pour s'assurer de ne pas induire une rupture dans le processus de réadaptation du client pour qui des ressources ont déjà été investies

d) Proposer une durée de séjour standard de 21 jours qui permet d'établir une alliance thérapeutique avec le client en plus de lui permettre d'amorcer sa démarche de changement et de maximiser sa motivation à poursuivre sa démarche en externe; les prolongations devraient être exceptionnelles.

e) Pour favoriser l'alliance thérapeutique et la continuité de la démarche, désigner un seul intervenant psychosocial principal qui accompagnera l'usager tout au long de son stage.

f) Amorcer une démarche de réflexion pour mieux comprendre le processus qui conduit au renvoi des usagers et au départ prématuré de ceux-ci sans entente, avenues associées à la rupture du contact de l'usager avec les services de Domrémy : quelles sont les caractéristiques de ce sous-groupe? Quels sont les motifs de renvoi et de départ? Quelles sont les stratégies de gestion cliniques utilisées face à divers comportements indésirables des usagers?

## RÉFÉRENCES

Annis, H.M. (1986). Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? Con position. Advances in Alcohol and Substance Use , 5, 175.

Annis, H.M. (1996). Comments on Finney & al.'s "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effect". Addiction, 91(12), 1803-1820.

American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2000). "Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition, Revised (ASAM PPC-2R). Chevy Chase, MD.

Brown, T.G. & Wood, W-J. (2002). Abus de substances: tous les traitements se valent-ils? Québec : Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT).

Chick, J., Ritson, B., Connaughton, J., Stewart, A. & Chick, J.(1988). Advice versus extended treatment for alcoholism: a controlled study. British Journal of Addiction, 83, 67-81.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) (2004). La désintoxication : revue des meilleures pratiques. Document de travail.

Dufresne, J., Levasseur, S., St-Louis, L. & Turgeon, C. (2003). Ajustements dans les programmes au centre de services avec hébergement de Pointe-du-Lac. Trois-Rivières : Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

Fink, E.B., Longabaugh, R., McCrady, B.M. & coll. (1985). Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: twenty-four months outcomes. Addictive Behaviors, 10, 235-248.

Finney, J.W., Hanh, A.C., & Moos, R.H. (1996;). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction, 91 (12), 1773-1796.

Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., & Anderson, J.(2003). Overview of 5 years follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). Journal of Substance Abuse and Treatment, 25, 125-134.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., & Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: a natural study effectiveness. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Kissin, B., Platz, A., & Sue, W.H.. (1970). Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. Journal of Psychiatric Research, 8, 13-27.

Mattick, R. P. & Jarvis (1994). In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient is as good. Drug and Alcohol Review, 13, 127-135.

McKay, J.R, & Alterman, A.I, McLellan, A.T., & Snider, E.C., & O'Brien, C.P. (1995). The effect of random versus non-random assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 70-78.

Ménard, J.-M. (1993). L'efficacité du stage résidentiel : Mythe et réalité. Info-toxico, 5 (1*)*, 1-2.

Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism treatment. Who benefit? American Psychologist, 41, 794-805.

Rychtarick, R.G., Connors, G.J., Whitney, R.B., McGillicuddy, N.B., Fitterling, J.M., & Wirtz, P.W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(2), 277-289.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2001). Quick guide for clinicians based on TIP 13: The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance abuse disorders. Voir http://www.treatment.org/Externals/tips.html.
, TIP 13

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2001). ). Quick guide for clinicians based on TIP 19 (Detoxification from alcohol and other drugs). Voir http://www.treatment.org/Externals/tips.html

Simpson, D.D. (2003). Methods & findings from DATOS: Evaluating outcomes and Process. The effectiveness of interventions for addictions, NIH International Conference, 1er avril, Rome.

Simpson, D.D., Joe, G.W., & Brown, B.S. (1997). Length of stay in treatment and follow-up outcomes in DATOS. Psychology of Addictive Behaviors, 11 (4), 294-307.

Simpson , D.D.& Sells, S.B. (1982).Effectiveness of treatment for drug abuse :: An overviewof the DARP research program. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2 (1), 7-29.

Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W., & Moos, B.S. (1994). Outcome of treatment for alcohol abuse and involvement in A.A. among previously untreated problem drinkers. Journal of mental Health Administration, 21, 145-160.

Timko, C., Finney, J.W., Moos, R.H., Moos, B.S., & Steinbaum, D.P. (1993). The process of treatment selection among previously untreated help-seeking problem drinkers. Journal of Substance Abuse, 5(3), 203-220.

Walker, R.D., Donovan, D.M., Kivlahan, D.R. & O'Leary, M.R. (1983). Length of stay, neuropsychological performance, and aftercare; Influences on alcohol treatment outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 900-911.

Walsh, D.C., Hingson, R.W., Merrigan, D.M. & coll. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers, New England Journal of Medecine, 12, 775-782.

Wanberg, K.W., Horn, J.L.& Fairchild, D. (1974). Hospital versus community treatment of alcoholism problems. International Journal of Mental Health, 3, 160-176.

. http://www.domremymcq.ca/publications/

# Annexe 2

# Journal de bord de l'infirmière - liaison

*Visites au CHRTR / Infirmière*

| # DOSSIER | NOM, PRÉNOM | DATE/NAIS. | DATE INTERV. | RÉFÉRÉ PAR | # JRS EN CH | DÉPARTE-MENT | MÉDECIN VU | ENTOU-RAGE VU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**Produits :**

**Intervention et orientation :**

Signature

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**Produits :**

**Intervention et orientation :**

Signature

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

**Produits :**

**Intervention et orientation :**

Signature

# Annexe 3

## Liste des participants aux « focus group » du CHRTR et de Domrémy MCQ

**Personnel du CHRTR ayant participé à un des deux « focus group » :**

- Mme Louise Corbeil — Coordonnatrice des activités ambulatoires
- Mr. Réjean Despins — Chef du programme Parent-Enfants/Pédiatrie
- Mme Denise Gauvin — Infirmière clinicienne, programme Santé mentale
- Dr. Daniel Lecoeur — Chef du département de Psychiatre
- Mr Victor Rouette — Infirmier responsable, psychiatrie
- Mr. Sébastien Rouleau — Chef du service social
- Dr. Olivier Roy — Coordonnateur des médecins de l'urgence
- Mme Isabelle Dubuc — Intervenante sociale – Obstétrique-gynécologie
- Mme Johanne Ferland — Chef du service Urgence
- Dr. David Milette — Coordonnateur des médecins de l'urgence
- Mme Hélène Rivard — Infirmière à l'urgence
- Mme Line Routhier — Coordonnatrice du programme en Santé mentale
- Mme Diane Tourigny — Intervenante sociale à l'urgence

**Personnel de Domrémy ayant participé à un « focus group » :**

- Jean Dufresne — coordonnateur des services externes
- Michèle Paquet — coordonnatrice des services en hébergement
- Jeanne Livernoche — infirmière, services avec hébergement
- Lise St-Louis — infirmière, services externes*
- Sylvie Levasseur — éducatrice, services avec hébergement
- Hélène Godin — éducatrice, services externes, Trois-Rivières

**Entrevue individuelle :**

- Dr. Jean-Marc Pépin, médecin pour Domrémy

# Annexe 4

# Grille d'entrevue pour les « focus group » réalisés avec les intervenants et coordonnateurs de Domrémy et du CHRTR

# Grille d'entrevue

- Débuter par une question ouverte générale :
    - « De façon globale, que pensez-vous du projet de réseau intégré de services en désintoxication (RISD) implanté en collaboration avec Domrémy MCQ et le CHRTR? »

- À partir des réponses, faire préciser thèmes suivants :

1- Quels ont été les **défis liés à l'implantation** du RISD et quelles solutions ont été trouvées?

2- Quelles sont les **retombées positives** du RISD?
    a. Au plan des services à la clientèle
    b. Au plan des intervenants médicaux et psychosociaux (i.e. tâches/intervention auprès de la clientèle, satisfaction au travail, etc.)
    c. Au plan organisationnel (i.e. : partenariat, coûts, gestion des admissions, etc.)

3- Quelles sont les composantes et **les aspects** du RISD qui sont particulièrement **appréciés** et/ou qui permettent d'expliquer les retombées positives de ce projet?

4- Quelles sont les **retombées négatives** du RISD?
    a. Au plan des services à la clientèle
    b. Au plan des intervenants médicaux et psychosociaux (i.e. tâches, satisfaction au travail, etc.)
    c. Au plan organisationnel (i.e. : partenariat, coûts, gestion des admissions, etc.)

5- Quels sont les composantes et **les aspects** du RISD qui sont **moins appréciés ou problématiques** et/ou qui peuvent expliquer les retombées négatives?

6- Quelles sont les **suggestions pour améliorer le RISD**, à l'heure actuelle?

7- Quels sont les **défis et les conditions qui doivent être réunies** pour assurer le **succès au long cours** d'un projet comme le RISD?

# Annexe 5

Grille d’entrevue pour les usagers ayant bénéficié de services dans le cadre du RISD

**Grille d'entrevue**
**Usagers ayant vécu le réseau intégré de services en désintoxication (RISD)**

- Débuter par une question ouverte générale, après avoir mis le client en contexte : «À tel(s) moment(s), vous avez rencontré l'infirmière de Domrémy MCQ, Mme X, au centre hospitalier. Pouvez-vous me parler de votre expérience, en commençant par ce qui vous a amené à l'hôpital, le cheminement que vous avez vécu par la suite et votre expérience par rapport aux services reçus? »

- À partir des réponses, faire préciser thèmes suivants :

1- Trajectoire de réadaptation (soutien/services reçus en centre de réadaptation, via des groupes d'entraide ou de l'aide informelle), à partir de la première rencontre avec l'infirmière de Domrémy MCQ en centre hospitalier, ou à partir de la première demande de services à Domrémy MCQ
   a. Description des services et de l'aide reçue
   b. Déclencheurs de la ou les demandes d'aide
   c. Motifs, selon la perspective subjective de l'usager, du refus des services, de l'abandon de la démarche et/ou de la persistance

2- Perceptions et vécu quant à la visite de l'infirmière de Domrémy MCQ à l'hôpital:
   a. Comment le client s'est-il senti?
   b. Qu'en a-t-il pensé?
   c. S'il y a lieu, quel impact cette visite a-telle eu sur sa démarche de réadaptation (i.e. prise de conscience, demande de services immédiate ou ultérieure, demande d'aide informelle, etc.)

3- Perceptions et vécu quant aux autres services reçu à l'hôpital par les autres intervenants (médecin, infirmières, intervenante sociale, etc.)
   a. Comment le client s'est-il senti?
   b. Qu'en a-t-il pensé?
   c. S'il y a lieu, quel impact cette visite a-t-elle eu sur sa démarche de réadaptation (i.e. prise de conscience, demande de services immédiate ou ultérieure, demande d'aide informelle, etc.)

4- Perceptions de l'usager quant à la collaboration entre le personnel clinique du CHRTR et de Domrémy MCQ et la continuité des services
   a. Au cours de sa trajectoire de services, comment a-t-il vécu le passage d'une ressource à une autre et d'un intervenant à un autre? (ex. : de l'hôpital, aux services avec hébergement de Domrémy jusqu'aux services externes de Domrémy)
   b. Quels ont été les aspects aidants et appréciés
   c. Quels ont été les aspects insatisfaisants ou les obstacles rencontrés?

5- Suggestions pour améliorer les services et la collaboration entre le CHRTR et Domrémy MCQ